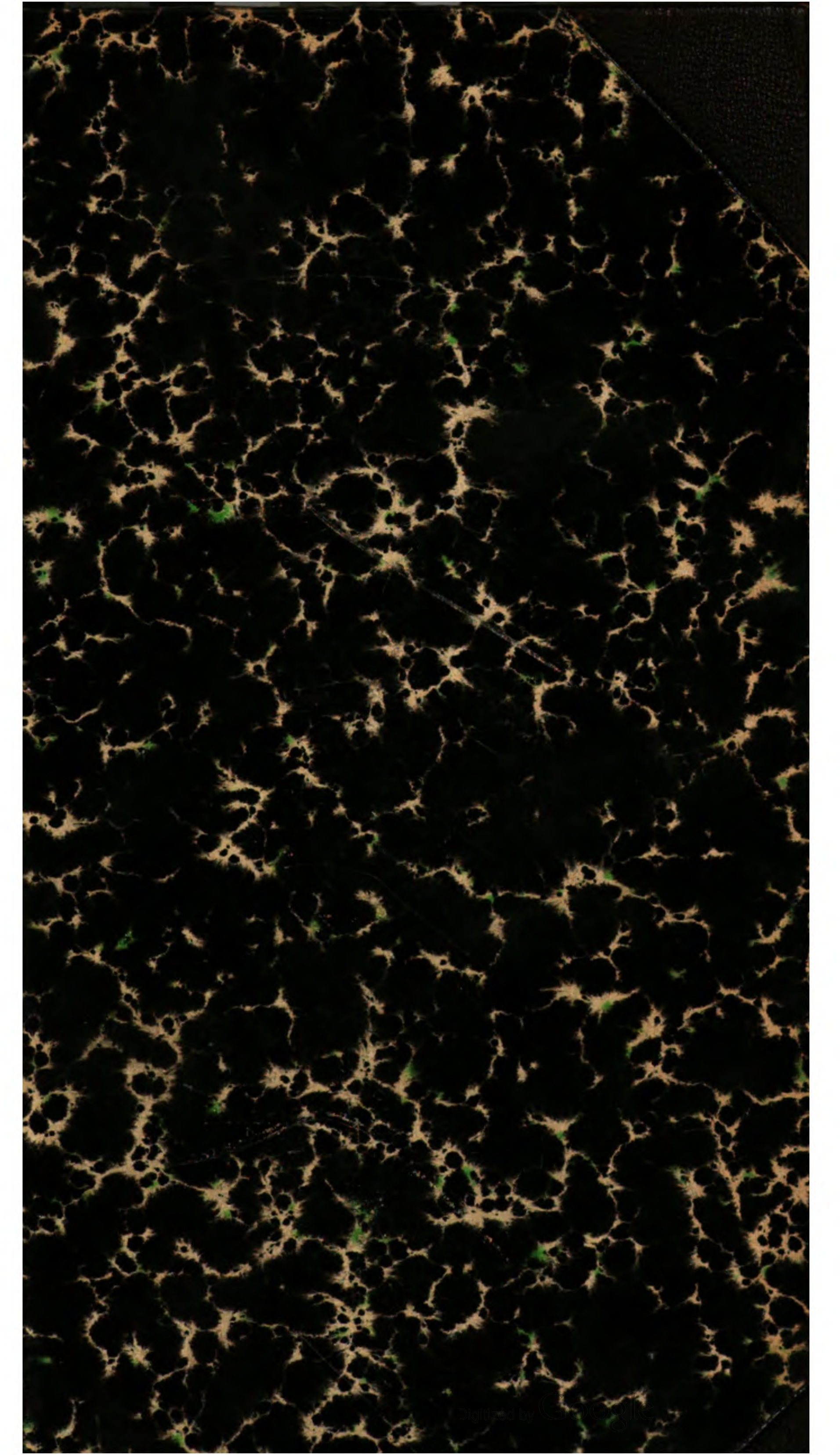









CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 078 853 102

6

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin,
F. König, in Jena,
E. Richter, in Breslau.

Zweiunddreißigster Jahrgang.

Nr. 27—52.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.

1905.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 27. **Sonnabend, den 8. Juli.** **1905.**

Zur Operation der komplizierten Hasenscharte.

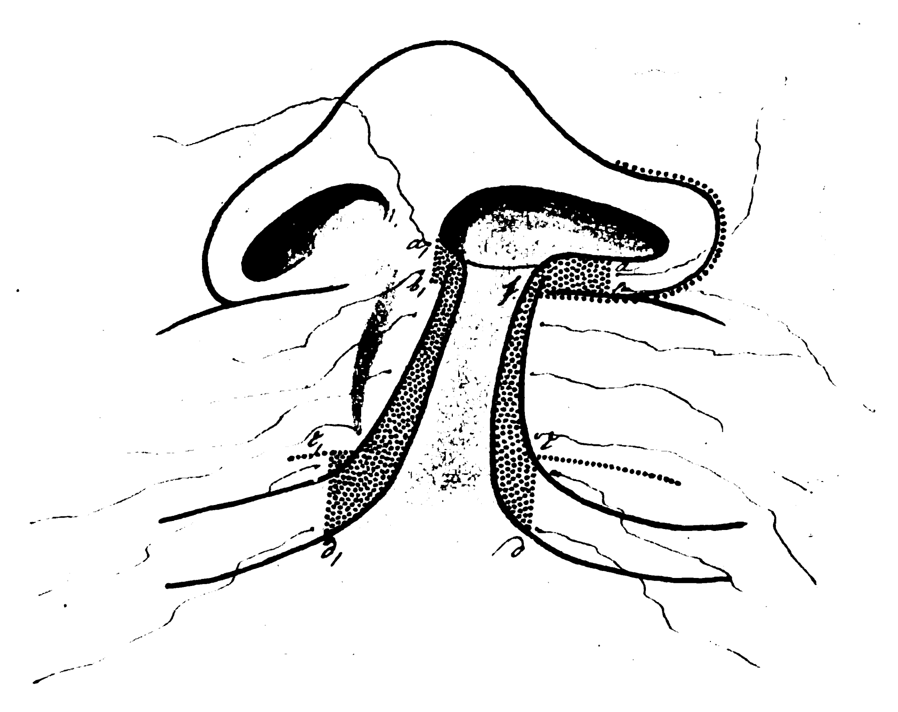
Von

Prof. Dr. **Küster** in Marburg.

Die Operation der Hasenscharte ist im allgemeinen so gut ausgebildet und technisch vollendet, daß auch der Arzt, wenigstens bei den häufigsten Formen dieses Leidens, nicht leicht in Zweifel sein wird, wie er sich zu verhalten habe. Immerhin bleiben doch einige Punkte übrig, welche so wenig befriedigend entwickelt sind, daß ich mir erlauben möchte, dieselben mit wenigen Worten zu berühren.

Das betrifft zunächst die Blutstillung während der Operation. Die Hauptblutung erfolgt bekanntlich aus den Oberlippenästen der Art. coronaria oris, welche man in der Regel dadurch zu beherrschen

sucht, daß ein Gehilfe von oben her die Oberlippe umgreift und auf beiden Seiten die Gegend der Mundwinkel mit Daumen und Zeigefinger zusammendrückt. Gewöhnlich genügt das auch. Allein bei jungen Kindern und breiter Spalte sind die Finger nicht selten im Wege und hindern die Übersicht in dem Maße, daß eine genaue Ausschneidung und Zusammenfügung der Lappen erschwert ist. In allen solchen Fällen habe ich daher seit etwa 15 Jahren die Finger durch zwei dicke Umstechungsfäden aus Seide ersetzt, welche in der Nähe der Mundwinkel durch die ganze Dicke der Wange hindurchgeführt und am Lippenrot geknüpft werden. Sie verschließen nicht nur vollständig beide Arterien während der Dauer der Operation, sondern die lang gelassenen Fäden dienen auch als Zügel, welche, ohne jemals hinderlich zu werden, während des Ausschneidens und Wundmachens die Lippen in genügende Spannung versetzen. Nach Vollendung der Naht, welche nun ihrerseits die Blutstillung besorgt, werden die Fäden beseitigt; sie hinterlassen niemals eine sichtbare Narbe.



Ein zweiter Punkt, der in meiner Klinik zur Ausbildung eines besonderen Verfahrens geführt hat, betrifft die Bildung und Wiederherstellung des in die Wange verzogenen Nasenflügels und einer gerundeten Form des Nasenloches. Es ist bekannt, daß alle Lippenspalten, welche bis ins Nasenloch reichen, mit einer Verbreiterung und häßlichen Abflachung des entsprechenden Nasenflügels verbunden sind, wodurch auch das Nasenloch eine spaltförmige, von der Nasenscheide-

wand zur Wange reichende Form erhält (vgl. Figur). Man hat diesen Zustand durch Ablösung der Lippe und der Wange vom Oberkiefer (v. Ammon), oder durch Ablösung des Nasenflügels in der Nasolabialfalte und Verlagerung desselben nach einwärts (Dieffenbach) zu beseitigen gesucht. Wer öfter in dieser Weise operiert hat, weiß, wie wenig in der Regel damit gewonnen wird, da dennoch der Nasenflügel flach, das Nasenloch breit und spaltartig zu bleiben pflegt, ganz abgesehen davon, daß letzteres dabei meistens einen häßlichen Einkniff am hinteren Umfange behält, den mit Sicherheit zu vermeiden bisher kaum gelungen ist.

Ich bilde das Nasenloch seit mindestens 15 Jahren in folgender Weise: Die Anfrischung der Spaltränder und die Bildung eines Lappens vom Lippenrot nach der Methode Mirault-Langenbeck erfolgt in gewöhnlicher Weise (cdc_1d_1). Bei breiten Spalten wird auch die Wange an der lateralen Spaltseite unterminiert, um sie recht beweglich zu machen. Dann folgt die Ablösung des Nasenflügels durch einen Schnitt, welcher nicht am äußeren Nasenlochwinkel endet, sondern sich bis an den lateralen Spaltrand unter Bildung eines schmalen, aber doch derben Lappens fortsetzt (Fig. *f*). Dieser Zipfel wird nun soweit nach der medialen Seite des Nasenloches hinübergezogen, bis man eine vollkommene Rundung des Nasenloches erreicht hat. An der entsprechenden Stelle wird der Lappen, der gewöhnlich etwas verkürzt werden muß (*abf*), nach Anfrischung einer kurzen Stelle am medialen Rande des Nasenloches bei a_1b_1 angenäht; dann folgt die Naht der Lippenspaltränder. Zum Schluß wird auch der Nasenflügel wieder mit der Wange vereinigt, von welcher ihn in Folge der Verziehung der Umrandung des Nasenloches ein klaffender Spalt trennt. Um aber durch diese Nähte nicht einen bedenklichen Zug auf die verlagerte Umrandung auszuüben, empfiehlt es sich, dieselben in der Richtung von außen unten nach innen oben anzubringen, wodurch der Nasenflügel einen ziemlich kräftigen Zug nach abwärts erleidet.

Mit den kosmetischen Ergebnissen dieser Operationsmethode habe ich alle Ursache sehr zufrieden zu sein. Das Nasenloch bleibt rundlich, der platte Nasenflügel erhält eine stärkere Wölbung; und wenn die Difformität auch nicht immer gänzlich ausgeglichen wird, so fällt ein Vergleich mit den häßlichen Abplattungen, welche die meisten anderen Methoden hinterlassen, doch sehr stark zugunsten des von mir geübten Verfahrens aus.

---

1) J. B. Farmer, J. E. S. Moore and C. E. Walker. Resemblances existing between the »Plimmer's bodies« of malignant growths and certain normal constituents of reproductive cells of animals.

(Lancet 1905. Mai 27.)

Verff. betonen die Ähnlichkeit der bekannten Plimmer'schen Körperchen bei Karzinom mit Erscheinungen an den Zellen der

Spermatogenese bei Wirbeltieren. Die Abbildungen in der Arbeit bestätigen allerdings diese Ähnlichkeit auf das Deutlichste. Weitgehende Schlüsse ziehen Verff. vorläufig nicht aus den Befunden ihrer überaus interessanten Untersuchungen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

2) **R. Klapp.** Über die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittels Saugapparaten. (Aus der kgl. chirurg. Klinik zu Bonn, Prof. Bier.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Zur Erzielung einer Stauungshyperämie bei entzündlichen Erkrankungen am Rumpfe lassen sich die von Bier für die Gliedmaßen konstruierten und vorzüglich funktionierenden Saugapparate nicht gut verwenden, weil ihre Anpassung an die Rumpfformen schwierig ist. K. hat sich deshalb zunächst für die Behandlung der Mastitis einen neuen Apparat anfertigen lassen, der aus einer abgeschnittenen Flasche aus dickem Glas und von etwa 20 cm Durchmesser besteht, deren Hals durch einen von einer Kanüle durchbohrten Gummistöpsel verschlossen ist. Die Ränder der Schnittfläche sind abgerundet oder sogar umgeschlagen und werden zum Gebrauche des Apparates mit Salbe dick bestrichen; die Kanüle wird mittels eines Gummi- oder Metallschlauches mit einer einfachen großen Saugspritze verbunden. Den Grad der Ansaugung und damit den der Hyperämie und Expansion der Brustdrüse in dem luftverdünnten Raume schätzt man am besten nach den Angaben der Pat. über das dabei entstehende Gefühl ab; man soll den höchsten Grad der Stauung bis zur roten, leicht bläulichen Verfärbung der Mamma, soweit dies ohne Schmerzen möglich ist, erreichen, die ersten Saugsitzungen täglich $^3/_4$—1 Stunde (event. kleine Pausen), später 20—30 Minuten lang ausdehnen, vorhandene deutlich fluktuierende Abszesse mit kleinen Stichinzisionen vorher eröffnen, danach sofort die Schröpfglocke aufsetzen. Nicht nur in solchen Fällen der Bier'schen Klinik, sondern auch da, wo ein Einschnitt nicht gemacht worden, trat rasch ein erheblicher Schmerznachlaß ein; frische Mastitiden ließen sich durch die Saugbehandlung kupieren, in den bereits mit Abszeßbildung einhergehenden erfolgte rasche Heilung, während die diffusen Infiltrationen ohne Eiterung sich hartnäckiger erwiesen. Alle so behandelten Frauen heilten — unter 15 Fällen 11 mit und 4 ohne Inzision — durchschnittlich in 3 Wochen vollständig; die Narben waren klein. K. hatte den Eindruck, daß auch von dem eiterinfiltrierten Gewebe viel am Leben erhalten blieb. Bei Milchstauung wurde die Milch mit kleinem Milchsauger abgesaugt.

Ähnlich war die Behandlung in über 100 Fällen von Furunkel, Karbunkel, Panaritien, Abszessen usw.; inzidiert — $^1/_2$—1 cm lang — wurde nur da, wo es schon zu Abszeßbildung gekommen war, dann sofort der Schröpfkopf aufgesetzt, dessen durchbohrter Hals durch



ein Gummirohr mit einer Saugspritze oder mit einem Gummiballon verbunden war. Zu starkes Ansaugen muß vermieden werden. Ganz frische Furunkel ließen sich nach 1—2 Sitzungen von täglich $^3/_4$stündiger Dauer kupieren, ausgebildete nach rascher Bildung und Lösung der zentralen Nekrose in 5—6 Tagen heilen, selbst hochinfektiöse ohne Schnitt — höchstens wurde die Pustelkuppe abgenommen — gefahrlos und mit bestem Erfolge beseitigen. Glänzend waren auch die Resultate der Saugbehandlung nach vorheriger Stichinzision bei zahlreichen akuten Abszessen, vereiterten Blutergüssen, akuten Drüsenvereiterungen, infektiösen Insektenstichen. — Zur Behandlung von Infektionen im Bereiche der Finger wurden meist kleine Saugzylinder verwendet, die luftdichte Abdichtung durch einen seiner Kuppe beraubten, ausgekochten Gummifingerring erzielt, an den Auslaß des Gläschens mittels eines Gummischlauches die Spritze angesetzt und nun die Ansaugung vorgenommen; auch hier darf die Stauung durch letztere nicht zu stark ausgeführt werden, nicht zu Schmerzen führen. Manchmal war ein beständiges langsames Wechseln zwischen Saughyperämie und einer durch Einblasen von Luft in das Fingerglas erzeugten Anämie zweckmäßig und wohltuend. Die Resultate waren nach vorheriger Stichinzision, wie auch ohne solche, bei den subkutanen Panaritien in bezug auf Nachlaß der Schmerzen und auf die schließliche rasche Heilung die günstigsten.

Die Technik der Saugbehandlung will gründlich gelernt werden; verkehrt angewandt, durch Übertreibung der Luftverdünnung und Nichtbefolgung der Regeln, wird sie nicht zu Erfolgen führen.

Kramer (Glogau).

---

3) R. Klapp. Mobilisierung versteifter und Streckung kontrakturierter Gelenke durch Saugapparate. (Aus der kgl. chir. Klinik zu Bonn, Prof. Bier.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Das von Bier eingeführte Prinzip des Luftdruckes zur orthopädischen Behandlung versteifter Gelenke, durch das diese unter dem Einfluß der Hyperämie durch Anregung von Lösungs- und Resorptionsvorgängen relativ schmerzfrei gelockert und beweglich gemacht werden können, hat sich in den von Bier hierzu benutzten Apparaten für Hand und Knie (s. d. Zentralbl. 1904 p. 505 Ref.) bisher aufs beste bewährt. Um dasselbe auch bei anderen Gelenken anwenden zu können, hat es Verf. modifiziert, indem er in eine Öffnung des Saugkastens einen Gummisack luftdicht einfügt, der bei zunehmender Luftverdünnung in dem Kasten immer stärker in diesen eingesogen wird und, wenn er auf ein gebeugtes Gelenk trifft, im Sinn einer Streckung oder Beugung, je nach der Lage des Gliedes, einzuwirken vermag. (Über nähere Einzelheiten ist die Arbeit selbst einzusehen, die einige Abbildungen zum besseren Verständnis bringt. Der sich geltend machende Druck wirkt flächenhaft, ist gleichmäßig und trotz seiner Größe leicht zu ertragen.)

Kramer (Glogau).

---

4) **H. Wohlgemuth.** Die Narkose und der Narkotiseur. Zeitgemäße Betrachtungen.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 20.)

Jeder Narkotiseur muß vollkommen mit den einzelnen Narkoticis, wenigstens mit den gebräuchlichsten, mit ihrer Wirkung, ihrer Giftigkeit, ihrer Dosierung, ihren Neben- und Nachwirkungen, wie mit jedem Gifte vertraut sein. — Er muß die Widerstandsfähigkeit des Kranken vorher genau abzuschätzen wissen, nachdem er sich durch eingehende Untersuchung vorher darüber unterrichtet hat. — Er muß die Gefahren der Betäubung, ihre Vorbeugungs- und Gegenmaßregeln genau kennen und sie unter Berücksichtigung beider Faktoren, Betäubungsmittel und Kranker, abzuwägen verstehen. — Er muß je nach Erfordern der vorzunehmenden Operation es einzurichten wissen, den Kranken entweder nur in einem Toleranzustand oder in tiefer Betäubung zu erhalten und dabei eine möglichst geringe Menge des Mittels zu gebrauchen, und dazu alle Anzeichen einer oberflächlichen und tiefen Narkose sicher zu beurteilen verstehen. In all diesen Dingen müssen die Studenten nicht nur unterrichtet, sondern auch praktisch geübt werden.

G. Schmidt (Berlin).

5) **M. Kochmann** (Gent). Zur Frage der Morphin-Skopolaminnarkose.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

K. warnt auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen über die pharmakodynamischen Eigenschaften des Skopolamins vor Anwendung der Morphin-Skopolaminnarkose bei Individuen mit einer Herzmuskel- oder Nierenaffektion und überhaupt vor der Morphin-Skopolaminkombination für sich allein zur Erzielung einer allgemeinen Narkose, da die dazu erforderlichen Dosen zu hoch sind und die individuelle Wirkung beim Menschen eine recht verschiedene ist, so daß sich unglückliche Zufälle trotz vorsichtigster Darreichung in refracta dosi bei solchen Gaben kaum vermeiden lassen. Dagegen hält er die Injektionen der beiden Mittel in kleinen Dosen zur Unterstützung einer allgemeine Inhalationsnarkose, insbesondere mit Äther, für die Krankenhauspraxis zweckmäßig und vielleicht auch als unterstützendes Moment für die Infiltrationsanästhesie geeignet. Auf die bisher bekannt gewordenen 1200 Morphin-Skopolaminnarkosen kommen 12 Todesfälle!

Kramer (Glogau).

6) **Coakley.** Report on the use of stovaine.

(Med. news 1905. April 15.)

Verf. hat bei Hals- und Nasenoperationen Stovain in einer 2%igen Lösung angewandt und gelangt zu folgenden Schlüssen:

Was die Anästhesie wie die Dauer bis zum Eintritt derselben anlangt, so ist Stovain Kokain vollkommen ebenbürtig. Die Schleimhaut zieht sich nicht so stark zusammen wie bei der gleichen Lösung

von Kokain, und das Gefühl der Konstriktion ist weniger ausgesprochen. Dagegen hat Stovain einen fauligen Geruch und einen bitteren Geschmack.

Vergiftungserscheinungen konnte C. nicht bemerken.

Hofmann (Heidelberg).

---

7) **H. Pletzer.** Äthernarkose und postoperative Entzündungen der Luftwege.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 20.)

Unter warmer Empfehlung der »Morphium-Äthertropfnarkose bei starker Reklination des Kopfes« schildert P. ihre Anwendung nach Witzel'schen Grundsätzen bei reichem chirurgischen und gynäkologischen Material. Die sorgfältig durchdachten Einzelheiten des Verfahrens verdienen es, an Ort und Stelle nachgelesen zu werden, und gipfeln darin, daß die prophylaktische Desinfektion von Mundhöhle und Rachen vor, die Tieflagerung des Kopfes während und nach der Narkose bis zum völligen Erwachen und die systematischen Atemübungen nach der Operation die gefürchteten postoperativen Erkrankungen der Luftwege verhindern.

G. Schmidt (Berlin).

---

8) **Lotheissen.** Anästhesin bei chirurgischen Erkrankungen, insbesondere der Speiseröhre.

(Wiener klin. Rundschau 1904. Nr. 44.)

Verf. hat das auch sonst empfohlene Anästhesin in einer Reihe von Erkrankungen mit gutem Erfolg angewandt und empfiehlt die Nachprüfung. Zu erwähnen sind: Bestreuen von Granulationsflächen vor der Ätzung mit Anästhesin, Bestäuben der Mundschleimhaut bei Abszeßspaltung (9 Minuten später bestand Schmerzlosigkeit). Zur Injektion hat es Verf. mit Morphium und mit Adrenalin kombiniert verwendet. Dieselbe Mischung wurde zum Bepinseln der Rachenschleimhaut mit Erfolg angewandt, sowie zur Ösophagoskopie. Beim Bougieren werden die Ösophagussonden mit Anästhesinsalbe bestrichen (Anaesth. 10,0, Lanolin, Vaselin āā 50). Karzinomkranke trinken vorher dünne Anästhesinlösung zur Erleichterung des Schluckens. Die Stopfrohre nach Operationen am Mastdarme werden mit Anästhesinsalbe bestrichen oder diese Salbe zur konservativen Behandlung der Fissura ani verwertet.

Schmieden (Bonn).

---

9) **R. Werner.** Zur chemischen Imitation der biologischen Strahlenwirkung. (Aus der chir. Klinik der Universität zu Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

Versuche über die biologische Wirkung der Radiumstrahlen auf die Haut von Kaninchen hatten dem Verf. ergeben, daß lange dauernde, etwa 16—24 Stunden hindurch fortgesetzte Applikation der Radiumkapsel zu Reaktionen (Entzündungen und Nekrosen) führt, welche den

Umfang des bestrahlten Bezirkes um ein beträchtliches überschreiten. Ganz besonders auffällig gestaltete sich dies nach vorheriger Sensibilisierung des betreffenden Hautabschnittes durch wiederholte Anwendung bestimmter thermischer, chemischer oder mechanischer Reize. Diese Beobachtungen legten den Gedanken nahe, daß im Bestrahlungsbereiche ein toxisch wirkendes Agens gebildet werden müsse, welches imstande ist, die biologischen Veränderungen, welche durch die Strahlen hervorgerufen werden, auf die Umgebung zu verbreiten. W. fand nun, daß Lecithin, welches unter dem Einfluß des Radiums oder von Röntgenstrahlen oder durch Salzsäure-Pepsinbehandlung oder Ozonisierung in alkoholischer Lösung verändert worden ist, bei intrakutaner Injektion eine Dermatitis erzeugt, welche der durch Radiumstrahlen herbeigeführten vollständig gleicht; auch Cholesterin ließ sich durch Bestrahlung oder Ozonisierung, Terpentinöl durch letztere Methode in ähnlicher Weise wirksam machen. Wahrscheinlich geht diese Wirkung von den Sauerstoffüberträgern aus, die in das Gewebe eingebracht oder in ihm abgespalten wurden. Betreffs der event. praktischen Verwertbarkeit dieser experimentellen Ergebnisse muß die Zukunft entscheiden.

Kramer (Glogau).

---

10) **E. Helber** und **P. Linser.** Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut. (Aus der med. Klinik zu Tübingen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

Nach den ausführlich berichteten Untersuchungen der Verff. haben die Röntgenstrahlen eine ganz elektiv schädigende Wirkung auf die weißen Blutzellen, in erster Linie auf die Kernsubstanz, die unter ihrem Einfluß Veränderungen erleidet. Die Lymphocyten werden zunächst und am meisten geschädigt. Der Ort der Zerstörung der weißen Blutzellen ist nicht nur in den blutbildenden Organen, sondern vor allem im Kreislaufe selbst zu suchen. Auf Erythrocyten, Blutplättchen und Hämoglobin ist die schädigende Wirkung der Strahlen nur eine geringe.

Kramer (Glogau).

---

11) **F. v. Veress.** Über die Wirkung des Finsenlichtes auf normale Haut.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 8.)

Aus seinen Untersuchungen an Tierhaut schließt Verf., daß durch das Finsenlicht »eine von verschiedenen Gewebsschädigungen begleitete oberflächliche Entzündung entsteht«, die auch zu einer Erweiterung und Leukocytose an den tieferen Gefäßen und weiterhin zu »einer Hypertrophie oder Proliferation der fixen Gewebszellen« führt.

Jadassohn (Bern).



12) Haslam. Some further notes on intestinal paralysis and peritonitis.

(Read before the Nebraska State med. assoc., Omaha Neb. 1904. Mai 3—5.)

Unter Bezugnahme auf eine frühere Arbeit von sich und auf verschiedene seitdem von anderer Seite getane Äußerungen versucht Verf. jetzt neue Gründe dafür beizubringen, daß nicht jeder Meteorismus infolge Darmlähmung bedingt zu sein braucht durch allgemeine Peritonitis, daß es vielmehr auch eine Darmparalyse mit Meteorismus ohne Peritonitis gibt. Bei der Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit der sicheren Differentialdiagnose ist die Therapie so zu handhaben, als wenn es sich um eine Peritonitis handele. **Dettmer** (Bromberg).

---

13) Folly. Considerations générales sur les adhérences intrapéritonéales douloureuses de l'intestin.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Hft. 5.)

Verf. bespricht die durch intraperitoneale Verwachsungen hervorgerufenen Störungen. Er unterscheidet zwischen frischen und alten Adhäsionen, welche letztere er einteilt in a. feine, zarte, b. dickere, bandartige, c. sklerofibröse, welche letztere die Unterleibsorgane zur breiten und dichten Verwachsung bringen. Ursächlich kommen die verschiedenartigsten Bauchfellentzündungen, wiederholte Traumen, Dysenterie usw. kaum in Betracht. Physikalische Zeichen für die Diagnose sind kaum vorhanden, sondern meist nur funktionelle, welche in Schmerzen und Darmverlegung bestehen. Die Schmerzen treten meist einige Stunden nach der Mahlzeit ein oder erreichen wenigstens erst dann ihr Maximum; sie können unter Umständen mit den hyperästhetischen der Hysterischen verwechselt werden. Solange die Kranken sich in gutem Ernährungszustande befinden und nicht zu sehr leiden, kann man durch Abführmittel usw. die Krankheit zu heben versuchen; tritt jedoch nicht bald Besserung ein, und leiden die Pat. sehr, so soll ebenso wie beim schnellen Verfall derselben die Laparotomie ausgeführt werden. Die Prognose ist nur dann günstig zu stellen, wenn es sich um lokale Prozesse und nicht um durch sklerofibröse oder tuberkulöse Bauchfellentzündung bedingte Veränderungen handelt.

Herhold (Altona).

---

14) Dahlgren. Einige wichtige Gesichtspunkte bei der Behandlung der ausgebreiteten eitrigen Peritonitis.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. 2.)

D. weist zunächst auf die Uneinigkeit in der Nomenklatur der obigen Erkrankung hin. Er selbst versteht unter »ausgebreiteter eitriger Peritonitis« »eine eitrige Entzündung des ganzen Gebietes der Dünndärme«.

Eine sichere Diagnose dieser Erkrankung ist in vielen Fällen nicht möglich. In solchen zweifelhaften Fällen rät D. bei dem notwendigen operativen Eingriff wie folgt zu verfahren: Zuerst Probe-

inzision dort, wo die Peritonitis zweifelhaft ist, also bei Perityphlitis beispielsweise in der Mitte oder links. Findet sich hier Eiter, so wird die Wunde erweitert und noch eine zweite Inzision zur Exstirpation des Wurmfortsatzes angelegt. Im anderen Falle wird die Wunde geschlossen und der Wurmfortsatz in Angriff genommen. In einem Falle ist dem Pat. genützt, in dem anderen nicht geschadet. Die Erkennung, ob man es mit einer ausgebreiteten eitrigen Wurmfortsatzperitonitis zu tun hat, von einem einzigen rechtsseitigen Flankenschnitt aus, hält Verf. für unmöglich.

Als weiteren Grundsatz stellt er die Regel auf, stets, wenn irgendwie möglich, »die Quelle der Peritonitis aufzusuchen und unschädlich zu machen«. Die Schnitte legt Verf. groß an und spült die Bauchhöhle event. nach Eventration der Darmschlingen und gründlicher Reinigung derselben außerhalb des Bauches aus. Die gefährlichste Folge der Peritonitis, die Darmlähmung, rät D. durch Anlegen einer Darmfistel in der Mittelpartie des Darmes und durch das von ihm erfundene (hier schon beschriebene) Verfahren des »Melkens« zu bekämpfen. Die Fistel wird nach gründlicher Entleerung des Darmes geschlossen. Bei starker Auftreibung des Magens punktiert Verf. denselben und bei starker Ausdehnung des Dickdarmes empfiehlt er das Anlegen einer Fistel am Blinddarme.

Bei postoperativem Ileus — und auch bei sonstigem nicht mechanischem Darmverschluß — hat Verf. mit gutem Erfolge große Dosen von Atropin (4—5 mg) angewendet. **Engelmann** (Dortmund).

---

15) **Sonnenburg.** Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Fünfte umgearbeitete Auflage.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1905. 254 S. mit 36 zum Teil farb. Abb.

Vor mir liegt neben dieser neuesten Ausgabe ein Exemplar der dritten Auflage aus dem Jahre 1897; da fällt die vollkommene Umarbeitung gegen früher so recht augenfällig auf. Schon rein äußerlich ist der Unterschied erkennbar: das Volumen ist von 382 Seiten auf 254 Seiten zurückgegangen. Diese gewaltige Kürzung des Inhaltes ist dadurch bewirkt, daß die in den früheren Ausgaben in großer Zahl und Ausdehnung mitgeteilten Krankengeschichten auf ein anerkennenswertes Minimum, was Zahl und Ausführlichkeit betrifft, zurückgeführt sind. Dabei will ich noch gleich einer weiteren rein äußerlichen Änderung gedenken: die farbigen Tafeln sind ganz in Wegfall gekommen und statt dessen einige sehr gute farbige Abbildungen in den Text eingefügt; auch die nicht farbigen Bilder machen einen saubereren Eindruck wie früher.

Die Hauptänderung aber macht sich in der ganzen Anordnung des Stoffes geltend. Während in den früheren Ausgaben eine gewisse Unübersichtlichkeit, ein Auseinanderreißen zugunsten einer willkürlichen Einteilung nicht zu verleugnen war, hat sich Verf. jetzt zu einer systematischen Entwicklung der Materie entschlossen. Auf das Kapitel

über Ätiologie und Pathogenese — bearbeitet von S.'s Assistenten Dr. Hinz — folgt das über die pathologische Anatomie, welches ein zweiter Assistent, Dr. Federmann, bearbeitet hat. Diese beiden Kapitel sind den Ergebnissen der Forschung angepaßt, bringen aber nichts wesentlich Neues. Das nächste Kapitel über Symptome, Diagnose und Prognose, sowie das letzte über die Therapie der Appendicitis hat S. selbst bearbeitet. Und gerade hier macht sich der einheitliche Zug in der Darstellungsweise sehr angenehm geltend. Auf die Einzelheiten dieser Kapitel näher einzugehen, dürfte kaum nötig sein, da ja bei S.'s Bedeutung für die Entwicklung der Appendicitislehre seine Monographie in älteren Auflagen den Fachkollegen zur Genüge bekannt ist. Eine gewisse Änderung in seiner Indikationsstellung betreffs operativen Eingreifens gibt S. selbst zu und führt sie auf die Änderung des Materiales, das jetzt dem Chirurgen in die Hände kommt, gegenüber früher zurück; zur unbedingten Anerkennung der Frühoperation aber hat er sich noch nicht durchringen können, wenn er die Berechtigung der Frühoperation unter gewissen Bedingungen auch zugibt. Vielleicht finden wir in einer späteren Ausgabe seiner Monographie auch S. unter den unbedingten Anhängern der Frühoperation!

Dettmer (Bromberg).

---

16) **R. Schmitz.** Über den gegenwärtigen Stand der Perityphlitisfrage, insbesondere über den günstigen Zeitpunkt des operativen Einschreitens.

(Berliner Klinik 1905. Hft. 203.)

Die für den praktischen Arzt geschriebene und auf den Erfahrungen der Rinne'schen Abteilung des Elisabeth-Krankenhauses zu Berlin fußende Abhandlung bringt eine kurze Darstellung der normalen Anatomie des Wurmfortsatzes, der pathologisch-anatomischen perityphlitischen Veränderungen, der Ätiologie und Symptomatologie und vor allem der therapeutischen Anzeigen bei der Appendicitis. Da man nicht in der Lage ist, in jedem einzelnen Falle an der Hand der klinischen Zeichen sichere Rückschlüsse auf die pathologischen Veränderungen zu machen, so ist die Einteilung der Perityphlitis in einzelne klinische Formen am Krankenbett weder für den geübten Chirurgen und Kliniker noch für den praktischen Arzt brauchbar. Nur die ganz leichten, akuten Fälle sind abwartend zu behandeln, aber nur unter genauer ärztlicher Überwachung, wenn möglich in einem Krankenhaus. Alle übrigen akuten Fälle sind zu operieren, auch wenn die ersten 48 Stunden schon vorüber sind, und nicht für die Intervalloperation aufzusparen, weil ein Abwarten hier immer mit Gefahren für den Kranken verbunden sein kann. Rinne ist in letzter Zeit von dem grundsätzlichen Aufsuchen des Wurmfortsatzes in jedem Falle einer ausgedehnten Eiterung abgekommen. Die Intervalloperation ist angebracht bei den mehrmals oder häufiger rezidivierenden leichten, akuten Anfällen nach Ablauf des akuten Anfalles

und bei den chronischen Formen, wenn hier die Beschwerden den Kranken erheblich belästigen, wenn sie längere Zeit anhalten, der Kranke nicht zu alt ist, und wenn ein schwerer Anfall überstanden ist, nachträglich aber noch leichtere Beschwerden auftreten. Bei Douglaseiterungen ist die Drainage nach dem Mastdarm oder nach der Scheide notwendig. Die Durchspülung der Bauchhöhle bei allgemeiner Bauchfellentzündung hat bisher keine greifbaren Vorteile gezeitigt.

Ein Literaturverzeichnis von 116 Nummern ist beigefügt.

G. Schmidt (Berlin).

---

17) **E. Payr** (Graz). Appendicitis und embolische Magenerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Experimentelle Untersuchungen an Tieren hatten P. ergeben, daß es gelingt, durch künstlich in die Netz- und Gekrösvenen eingeführte Emboli am Magen, zuweilen auch am Duodenum, hämorrhagische Erosionen, Infarkte, Geschwüre und Blutungen zu erzeugen. Die auf Grund dessen gewonnene Überzeugung, daß Embolien, speziell im Venengebiete, bei der Entstehung gewisser Formen von Magenblutungen und -geschwüren eine Rolle spielen, glaubt P. auch durch eine Anzahl klinischer Bilder und vor allem mehrfache Autopsien am Lebenden an einem großen Appendicitismateriale bestätigt gefunden zu haben. Er beobachtete bei einzelnen, nicht schweren Appendicitisfällen kleine Magengeschwüre, die den im Tierversuch erzeugten auffallend ähnelten und zu spastischen Zuständen, Erbrechen, Schmerzen und Blutungen führten, die schon nach dem ersten Appendicitisanfalle sich einstellten, meist nach kurzer Zeit verschwanden, zuweilen bei einem neuen Appendicitisanfalle sich wiederholten, auch perigastrische Verwachsungen, Stenosen zurückließen. Sämtliche Kranken waren früher nie magenleidend gewesen, waren keine anämisch-chlorotische Mädchen, sondern Kinder, Männer, Frauen im kräftigsten Alter. P. nimmt deshalb an, daß es sich bei ihnen um embolische Prozesse im Magen aus entzündlich thrombosierten Venengebieten des Wurmfortsatzes bezw. Mesenteriolum desselben und des Netzes gehandelt habe. Die Ergebnisse seiner oben erwähnten Experimente, die histologischen Befunde und Kranken- und Operationsgeschichten wird P. in einer ausführlichen Arbeit demnächst veröffentlichen (s. Ref. i. d. Zentrbl. 1904 über 33. Chirurgenkongreß, Beilage p. 59). **Kramer** (Glogau).

---

18) **A. C. Bernays.** The expectant treatment of appendicitis.

An excursion into the field between surgery and med. 13 S.

Als Idealmethode der Appendicitisbehandlung sieht auch B. die Operation im Beginne des Anfalles an. Wenn aber dieser günstige Zeitpunkt verpaßt ist, so gibt die abwartende Behandlung oft bessere Resultate als die Operation im späteren Verlaufe des Anfalles. Be-



züglich der abwartenden Behandlung empfiehlt B. nun die Anwendung von Abführmitteln und reichlichen warmen Salzwassereinläufen und sucht diese Anschauung gegenüber den gerade entgegengesetzt lautenden Ochsner'schen Thesen zu verteidigen und zu begründen. Mit statistischen Angaben erhärtet er seine angeblich guten Resultate nicht, da er kein Freund der Statistik ist. **Dettmer** (Bromberg).

---

19) **R. v. Renvers.** Wann soll bei Perityphlitis operiert werden?

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 20.)

Um eine zielbewußte Behandlung einleiten zu können, muß der Arzt als Krankheitstypen auseinanderhalten die Appendicitis simplex, purulenta und septica. Letztere Form muß so früh wie möglich erkannt und operiert werden; wird die Diagnose erst nach den ersten 48 Stunden gestellt, so verspricht eine abwartende Behandlung mehr als die operative Eröffnung der Bauchhöhle bei schwerer allgemeiner Infektion, wobei schon die Narkose schädlich wirkt. Bei den in der Bauchhöhle lokalisierten Prozessen der Appendicitis purulenta ist eine abwartende Behandlung in den ersten 5 Tagen der Erkrankung dem sofortigen chirurgischen Eingriff vorzuziehen. Klingt der Anfall nach dem 5. Tage ab, so kann man die Operation aufs freie Intervall verschieben. Vergrößert sich das Exsudat, so ist der Abszeß einfach zu entleeren ohne Entfernung des Wurmes. Bei der Appendicitis simplex ist jeder operative Eingriff während des Anfalles eine größere Gefahr als die Krankheit an sich. Die Erfolge einzelner chirurgischer Künstler lassen sich nicht auf die allgemeine Praxis übertragen. Würde jeder Arzt gezwungen sein, in der Not eine solche Operation zu machen, so würde das mehr Opfer kosten, als dem Leiden von selbst erliegen.

In den Statistiken der Chirurgen fehlt die Mehrzahl der leichteren perityphlitischen Anfälle, und den Zusammenstellungen der Inneren Ärzte fehlen die schwersten Fälle. Da die leichten Anfälle zu Hause abgewartet werden, kann eine Krankenhausstatistik keinen richtigen Überblick geben. Für eine bestimmte engbegrenzte Altersklasse liegt in der Armeestatistik ein zuverlässiges Material vor mit einer Gesamtsterblichkeit aller Appendicitisfälle im Jahre 1900/01 von etwa 3%. Unter Zuzählung der übrigen Altersklassen steigt diese Zahl auf etwa 9—10%. Bei dem gegenwärtigen Stande der Frage beträgt die Sterblichkeit der chirurgisch behandelten Fälle 6%.

G. Schmidt (Berlin).

---

20) **Waldow.** Beitrag zur Frage der traumatischen Hernien.

Inaug.-Diss., Rostock, 1904.

Die von den Unfallversicherungsbehörden in der Bruchfrage aufgestellten Grundsätze haben dazu geführt, den Begriff der traumatischen Hernie zu erweitern, so daß heute unter dieser Bezeichnung

ganz verchiedenartige pathologische Zustände zusammengefaßt werden. W. unterscheidet drei Gruppen: 1) Bei bestehender Bruchanlage treten durch die infolge eines Unfalles eintretende Erhöhung des intraabdominalen Druckes plötzlich in den bis dahin leer gebliebenen Processus vaginalis Eingeweide aus; der exakt wissenschaftliche Nachweis dieser Gruppe ist sehr schwierig, auch bei frühzeitigster Operation. 2) Traumatische Hernien im engsten Sinne sind solche, die in allen ihren Teilen durch ein Trauma verursacht sind; dieselben lassen sich nicht mehr ganz leugnen, treten aber äußerst selten auf und finden sich nur sehr vereinzelt in der Literatur der letzten Jahrzehnte. 3) Das Trauma schafft eine lokale Schädigung der Bauchwand, der Bruch tritt an dieser Stelle jedoch nicht sofort aus, sondern kommt erst im weiteren Verlaufe zur Ausbildung, sog. »sekundär traumatische Brüche«. Zu dieser letzten Gruppe gehört der in der Rostocker Klinik beobachtete Fall, welcher die Veranlassung zur vorliegenden Arbeit gegeben und durch Wiedergabe der Krankengeschichte genauer beschrieben wird.

Diesen Unfallhernien im eigentlichen Sinne werden als vierte Gruppe hinzugefügt die Schenkelhernien, welche nach Reposition angeborener Hüftgelenksverrenkungen beobachtet sind.

Dettmer (Bromberg).

---

21) **Riedel** (Jena). Über den linksseitigen Magenschmerz.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Während der reflektorische Magenschmerz (bei akuter und chronischer Appendicitis, Hernia linae albae, bei abgedrehten Appendices epiploicae, bei Geschwüren im Querkolon) am häufigsten in der Mittellinie auftritt, der von benachbarten Organen ausgehende (von der akut entzündeten steinhaltigen Gallenblase, bei Verwachsungen zwischen Gallenblase [bei Stein, Lues] und Leber einer-, Duodenum und Pylorus andererseits, bei rechtsseitiger Wanderniere, Ulcera duodeni, deren Boden mit der Leber verwachsen ist) wesentlich rechterseits spielt, lokalisiert sich der Schmerz bei Erkrankungen des Magens selbst, beim Ulcus ventriculi je nach der Lage des letzteren verschieden. Das Ulcus pylori verursacht rechtsseitigen Schmerz, das am Antrum pylori gelegene Schmerz in der Mittellinie, so daß differentialdiagnostisch die oben erwähnten Erreger von rechtsseitigem und medianem Magenschmerz berücksichtigt werden müssen. Geschwürige Prozesse im mittleren Magenabschnitt, die zur Bildung von kleineren und größeren Geschwülsten durch Verdickung der Muscularis und Serosa oder häufiger durch Verwachsung mit den benachbarten Organen neigen, verursachen linksseitige Schmerzen, die allmählich immer weiter nach links rücken, je mehr die Geschwüre durch den Zug der sich entwickelnden Neubildungen nach links hinüberwandern. Nur bei Komplikation des Geschwüres des mittleren Magenabschnittes mit Ulcus pylori oder duodeni tritt der linksseitige Magenschmerz etwas zurück, und lokalisiert sich der Schmerz bald quer über den Leib,

bald mehr rechts, bald mehr links, selten auch hinten im Gebiete der 11. Rippe. Da linksseitige Magenschmerzen reflektorisch oder fortgeleitet nur äußerst selten vorkommen, sind sie für die frühe Diagnose eines Geschwüres im mittleren Magenabschnitt von großer Bedeutung. Werden sie nach mehrwöchiger Bettruhe und diätetischer Behandlung nicht geringer, so rät R. zur Operation, um Durchbruch in die Nachbarorgane usw. oder Ausbildung eines Sanduhrmagens zu verhüten. Seine Resultate sind allmählich bei immer früher gestellter Diagnose besser geworden. Das Ziel muß Entfernung des Geschwüres — durch Ausschneidung und Naht — bezw. der in der Hälfte der Fälle mehrfachen Geschwüre — durch quere Resektion des Magens — sein. R. gibt die Operationsgeschichten dreier typischer Fälle unter seinen 28 operierten Kranken. **Kramer** (Glogau).

---

22) **Winselmann.** Über Tuberculoma coli und Kolonoperationen.

(Wiener klin. Rundschau 1905. Nr. 2 u. 3.)

Die Betrachtungen des Verf. gehen von einem gut geheilten Resektionsfalle des Blind- und aufstiegenden Dickdarmes wegen Tuberkulose aus, und beschäftigen sich mit der Frage der Beseitigung der Gefahren für Dickdarmresektionen im allgemeinen, die in der eigenartigen Gefäßversorgung des Querdarmes (Gangrängefahr) zu suchen sind und andererseits in der drohenden Nahtinsuffizenz bei dem eingedickten Inhalt des Kolon. W. verwirft die zirkuläre Naht; besser ist die seitliche Einpflanzung, am besten die seitliche Anastomose, wobei man möglichst bewegliche Teile miteinander verbinden soll. Bei Resektionen der Flexura hepatica und des Colon transversum schließt man zweckmäßig noch eine Enteroanastomosis iliosigmoidea an, auch wenn eine direkte Vereinigung an der Resektionsstelle möglich war. Ausgeschaltete Dickdarmabschnitte werden durch Anlegen von Längsfalten verengert. Bei inoperablen Dickdarmgeschwülsten ist ebenfalls hauptsächlich die totale Ausschaltung des Kolon durch Anastomosis iliosigmoidea zu empfehlen. Der Dickdarm gewöhnt sich leicht an den eintretenden Dünndarminhalt. Außer bei Geschwülsten ist das Verfahren bei allerlei entzündlichen Prozessen, sowie bei Intussuszeption ratsam. Einzelheiten sind im Original nachzulesen. **Schmieden** (Bonn).

---

23) **C. Ball.** The treatment of inveterate pruritus ani.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

Nach einer kurzen Besprechung der überaus mannigfaltigen Ätiologie des Pruritus ani schließt Verf. alle die Fälle, in denen die Ursache parasitär ist, oder die auf eine Dermatitis oder Allgemeinerkrankung, wie Diabetes, zurückzuführen sind, als ungeeignet aus von der von ihm vorgeschlagenen Operation. Dagegen gibt es eine Gruppe von Fällen mit unerträglichem Juckreiz ohne Anzeichen einer Dermatitis, mit trophischen Störungen der Haut am und um den After

(weiße Stellen mit Pigmentverlust, blau weißlicher Farbe der Haut mit ganz glatter Pergamentoberfläche), die seiner Meinung nach nur durch Veränderungen der zuführenden sensiblen Nerven oder ihrer Wurzeln aus dem 3. und 4. Sakralnerven zu erklären sind. Diese Fälle, jeder anderen Beeinflussung unzugänglich, eignen sich zur operativen Behandlung. Auf die öfter geübte Kauterisation der befallenen Haut und auf deren völlige operative Entfernung geht B. nicht näher ein. Er empfiehlt die Durchtrennung der zuführenden sensiblen Nerven rings um den After herum und benutzt dazu zwei seitlich den After umschneidende, flachbogige Inzisionen, die an vorderer und hinterer Kommissur nicht ganz zusammenstoßen. Die Schnitte werden bis auf den Sphinkter vertieft und auf jeder Seite die Haut von der Unterlage abpräpariert in den After hinein bis an den Übergang zur Schleimhaut. An den beiden Kommissuren wird die Haut ziemlich weit unterhöhlt bis über den Bereich der befallenen Hautteile hinaus. Sorgfältige Blutstillung. Wiederannähung der Hautlappen. Meist Anheilung ohne Nekrose. Der unmittelbare Erfolg ist eine völlige Anästhesie um den After herum und damit auch ein Verschwinden des Juckreizes. Nach einigen Monaten kehrt die Sensibilität wieder, nicht aber der Pruritus! In drei von ihm operierten Fällen hatte B. vollen und dauernden Erfolg. Bei Rückfällen, deren Möglichkeit er sehr wohl anerkennt, käme nach Analogie der Entfernung des Ganglion Gasseri eine Durchschneidung und Resektion der hinteren Wurzeln der 3. und 4. Sakralnerven mit ihren Ganglien unter Umständen in Frage.

W. Weber (Dresden).

24) **Remedi.** Contributo alla chirurgia del pancreas.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. 2.)

Seit Körte über die chirurgische Behandlung der Pankreaseiterung und -nekrose berichtet hat, sind über 10 Jahre verflossen. In diesem Zeitraume sind eine große Reihe von Arbeiten aus dem gleichen Gebiet erschienen, die zum Teil über eine große Zahl von therapeutischen Mißerfolgen berichten.

Auf Grund dieser Arbeiten und zweier selbst operierter, ausführlich mitgeteilter Fälle legt Verf. den jetzigen Stand der Frage dar.

Für die Infektion des Pankreas stehen vier Wege offen: selten eine penetrierende Wunde, der Blut- oder Lymphweg, das direkte Übergreifen einer entzündlichen Affektion eines Nachbarorganes, endlich das unmittelbare Eindringen der Darmbakterien in den Ausführungsgang des Pankreas.

Der zuletzt genannte Weg wird als der am häufigsten betretene angesehen; wahrscheinlich gehören jedoch noch verschiedene Bedingungen dazu, um eine Infektion auf diesem Wege zu ermöglichen, da nach Ansicht verschiedener Autoren der Dünndarm normalerweise frei von Bakterien ist, außerdem das Pankreassekret baktericide Kraft besitzt.

Eine sehr wichtige Rolle bei dem Zustandekommen akuter Pankreatitis spielt zweifellos die Steinbildung.

Was die Diagnose der Pankreasentzündung anlangt, so hält Verf. den Schmerz für das bedeutungsvollste Symptom. Dieser wird meist in die Gegend oberhalb des Nabels lokalisiert und kann über den ganzen Bauch hin ausstrahlen. Die topographische Lage des Organs, die außerordentlich schwierig festzustellen, bewirkt jedoch, daß gerade im Pankreas die Ursache der Schmerzen sitzt. Auch die funktionelle Diagnostik bietet keine sicheren Anhaltspunkte, da keine der Funtionen des Pankreas für dieses spezifisch sind. Von großer Bedeutung, aber ganz inkonstant, sind die Glykosurie, der Gehalt des Stuhls an Fett, die Lipurie. Ebenfalls wichtig, aber auch nicht immer vorhanden — bei Koliinfektion beispielsweise — ist die Temperaturerhöhung. Meist vorhanden sind Erscheinungen von seiten des Darms: Dyspepsie, Verstopfung abwechselnd mit Diarrhöe, Meteorismus und Erbrechen.

Die Hauptschwierigkeit in der Diagnosenstellung liegt meist darin, daß an eine Erkrankung des Pankreas nicht gedacht wird.

Was den Zeitpunkt des operativen Eingriffes anlangt, so wollen die einen den akuten Anfall vorübergehen lassen und warten, bis sich ein Abszeß oder eine Pankreasnekrose ausgebildet hat, während die anderen — wie bei einer akuten Phlegmone — möglichst bald einzugreifen raten, um ein Weitergreifen des Prozesses und das Auftreten der Nekrose hintanzuhalten. Von den beiden Wegen, auf denen man an das Pankreas gelangen kann, wird man im allgemeinen die Laparotomie vorziehen und den retroperitonealen Weg nur dann wählen, wenn der Prozeß nach hinten fortgeschritten ist. Bei sehr ausgedehnten Affektionen kann auch ein kombiniertes Verfahren in Frage kommen.

Engelmann (Dortmund).

---

25) **Hess.** Experimentelles zur Pankreas- und Fettgewebsnekrose. (Aus der medizinischen Klinik zu Marburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

H. hat seine Experimente über die Entstehung der Pankreas- und Fettgewebsnekrose (s. Ref. i. d. Bl. 1903 p. 1416) weiter fortgesetzt und durch dieselben die Frage zu entscheiden gesucht, ob die menschliche Pankreasapoplexie durch Eindringen fettigen Darminhaltes aus dem Duodenum in den Ductus pancreaticus hervorgerufen werden könne. Versuche, die feststellen sollten, ob Fett durch die unversehrte oder durch eine unvollkommen schließende Papilla duodeni in den Pankreasgang eindringen könne, hatten kein positives Ergebnis. Erst eines der weiteren Experimente, bei denen Kompression des Duodenum und Läsion der Papilla (Stenosierung des Duodenum, Kanüleneinführung in den Ductus und Injektion von Öl durch eine Stichöffnung in das Duodenum) kombiniert wurden, führte zu einem der menschlichen Pankreasapoplexie völlig ähnlichen Krankheitsbilde. H. nimmt an, daß durch die Berührung des Fettes mit dem Pankreassaft es zur Bildung von löslichen und festen Fettspaltungsprodukten (Seife) in den mit den Pankreaszellen direkt kommunizierenden Gängen und

dadurch zu Nekrose komme, die in solchem Falle also eine von innen her entstandene Zerstörung des Pankreas darstelle und eventuell durch Bindegewebsentwicklung zur Ausheiluug (Pankreatitisinduration) gelangen könne. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

26) **A. G. Levi.** A regulating chloroform inhaler.

(Lancet 1905. Mai 27.)

Die Narkose wird bekanntlich in England in jeder Beziehung als Spezialgebiet der Medizin betrachtet, und es gibt zahlreiche Spezialärzte, die sich ausschließlich — und nicht zu ihrem oder ihrer Pat. Schaden — mit diesem Fache befassen. Jedes größere Hospital hat seinen »Anästhetist«, jedes College seine Dozenten für die Narkosen, der wiederum nach Bedarf Assistenten hat usw. Durch die daraus folgende größere Erfahrung der einzelnen und Sicherheit der Narkose kommt es, daß diese drüben als weit ungefährlicher betrachtet wird, wie bei uns und viel häufiger zur Anwendung kommt; fast alle Geburten gehen beispielsweise unter Narkose vor sich. Die Narkosen in England, wie sie von den Anästhetisten ausgeführt werden, müssen durchweg als unübertreffliche bezeichnet werden.

In Anbetracht dieser Verhältnisse gibt es in England sehr zahlreiche Apparate für die Narkose, seien es nun Äther- oder Chloroformapparate; eine einfache Maske wird dort überaus selten angewandt. Beinahe jeder Anästhetist hat seinen Spezialapparat, entweder selbst erfunden oder doch modifiziert. Alle, die Ref. sah, und anscheinend auch der hier vom Verf., der Anästhetist von Guy's Hospital ist, angegebene, zeichnen sich durch genaue Dosierbarkeit des Gasgemisches und geringen Umfang und Handlichkeit aus. Die maximale Chloroformdichtigkeit beträgt meist 4%. Die Handlichkeit und gute Transportierbarkeit eines Narkosenapparates spielt nach Ref.s Ansicht doch sicher eine große Rolle, da ein großer Teil der Narkosen immer in Privathäusern oder kleinen Krankenhäusern vor sich gehen wird, wofür man doch nicht so einfach Apparate, wie den bei uns so viel gepriesenen Roth-Dräger'schen mitnehmen kann. Es erscheinen somit Ref. Apparate nach englischer Art praktischer, und es ist vielleicht angebracht, die Augen der deutschen Fachleute auch einmal auf die Konstruktion derartiger handlicher und nicht minder sicherer Narkosenapparate zu richten. **Ebbinghaus** (Dortmund).

27) **R. Rothfuchs.** Zur Frage der Sauerstoff-Chloroformnarkose. (Aus dem Hafenkrankenhause zu Hamburg, Oberarzt Dr. C. Lauenstein.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

R. bemängelt bei der Sauerstoff-Chloroformnarkose mit dem Roth-Dräger-schen Apparate das verzögerte Eintreten der Toleranz, besonders bei schweren Alkoholisten, und teilt einen unter über 600 Narkosen beobachteten Todesfall mit, der bei einem (allerdings in kurzen Zwischenräumen 4mal narkotisierten, Ref.) jungen Manne erfolgte; die Sektion ergab alte perikarditische Narben am Herzen, Fettbewachsung und leichte fettige Degeneration des Herzmuskels. Auch in einem anderen Hamburger Krankenhause ist ein Todesfall bei Anwendung des Apparates von Roth-Dräger vorgekommen. **Kramer** (Glogau).

28) **Levy-Dorn.** Ein universeller Blenden- und Schutzapparat für das Röntgenverfahren.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Der Apparat besteht in einer Bleikiste, an welcher auf der einen Seite die Blendenöffnung angebracht ist. Blei-Glasfenster gestatten die Beobachtung der im Innern befindlichen Röhre mit dem Auge. Die Bewegung der Bleikiste wird durch Schrauben bewirkt.

Geliefert wird der nach den Angaben des Verf.s hergestellte Apparat von Siemens & Halske. **Gaugele** (Zwickau).

29) Haffner. Die Vermeidung störender Weichteilschatten bei Röntgenaufnahmen, insbesondere des Beckens.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Verf. ist es gelungen, den häufig sehr störenden Weichteilschatten, besonders der Gesäßgegend, durch Unterlegen von mit Holzwolle gefüllten Verbandkissen (ca. 1—2 Finger dick) auszuschalten. Er glaubt, daß man auf diese Weise auch eine Verfeinerung der Aufnahmen von Gallen- und Nierensteinen erreichen dürfte.

Gaugele (Zwickau).

30) H. E. Schmidt. Erfahrungen mit einem neuen Radiometer von Sabouraud und Noiré.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Das von Holzknecht angegebene Radiometer ist ziemlich kompliziert und erfordert sehr viel Übung. Sabouraud und Noiré benützen anstatt des Holzknecht'schen Reagenskörpers ein hellgrünes »Reagenspapier«, das, mit Bariumplatincyanür imprägniert, durch Absorption von Röntgenstrahlen sich zunächst gelb, dann rot verfärbt. Als Testfarben dienen Teinte A (hellgrün), Teinte B (dunkelgelb). Letztere zeigt die Maximaldosis an, welche die Haut vertragen kann, ohne daß Dermatitis eintritt oder dauernder Haarausfall.

Ein Irrtum in der Abschätzung der Färbung ist kaum möglich, und die Intensität der Hautreizung entspricht beinahe vollkommen genau der Intensität der Gelbfärbung des Reagenspapiers.

Da das Radiometer von Sabouraud und Noiré außerdem um mehr als das Zehnfache billiger als das von Holzknecht, hält Verf. es für das einfachste und beste Mittel, das wir zurzeit besitzen, um Über- und Unterdosierungen vorzubeugen.

Gaugele (Zwickau).

31) Wertheim-Salomonson. Kleine und große Induktorien.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Kleine Induktorien werden erfahrungsgemäß bei voller Leistung betrieben, große dagegen nur teilweise ausgenützt. Der hauptsächliche Vorteil einer großen Induktion besteht in der verfügbaren Reserve an sekundärer Energie und Spannung. Aber auch die kleinen Induktorien liefern schon mehr sekundäre Energie, als unsere besten Röntgenröhren ertragen können. Die beste Ausnutzung der vorhandenen Energie findet ungefähr bei einem Induktor von 25 cm Funkenlänge statt, schlechter bei größerer Funkenlänge und ebenso bei einer Länge von unter 20 cm. Trotzdem aber der kleine Induktor vorteilhafter arbeitet, empfiehlt Verf. bei Neuanschaffung einen solchen mit 50—60 cm Funkenlänge vorzuziehen, einmal wegen des größeren Durchdringungsvermögens, andererseits deswegen, weil wir voraussichtlich bald solche Röhren erhalten werden, die die ganze verfügbare Energie eines 60—75 cm-Induktors aufnehmen können. **Gaugele** (Zwickau).

32) Sjögren. Über Röntgenbehandlung von Sarkom.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Verf. berichtet über drei von ihm mit Röntgenbestrahlung geheilte Fälle von Sarkom. Die ersten zwei zeigten kleine Geschwülste am Nasenrücken resp. Nasenflügel, welche auch durch Exzision hätten entfernt werden können. Nach ungefähr 30 Sitzungen war in beiden Fällen die Neubildung vollkommen verschwunden. Die mikroskopische Untersuchung eines Probeexzisionsstückchens hatte beidemal Spindelzellensarkom ergeben. Im dritten Falle hatte es sich um Rundzellensarkom gehandelt. Pat. bekam am Arme nach einem vorausgegangenen Trauma eine Geschwulst, welche operativ entfernt wurde, doch schon nach einigen Monaten rezidivierte, worauf auch die Achselhöhle ausgeräumt wurde. Nach kurzer Zeit bereits

trat eine Infiltration der ganzen Umgebung ein, so daß dem Pat. die Exartikulation im Schultergelenke vorgeschlagen wurde, was dieser jedoch verweigerte. Dem Verf. zur Röntgenbestrahlung zugeschickt, konnte Pat. bereits 2 Monate später, nach vollkommenem Verschwinden der Infiltration, mit normal beweglichem Arm entlassen werden.

Nach den bisherigen Erfahrungen sind die Rundzellensarkome am besten durch Röntgenbestrahlung zu beeinflussen. Erfolg kann aber manchmal erst nach längerer Zeit sich bemerkbar machen. **Gaugele** (Zwickau).

33) **J. de Nobele.** La radiothérapie.

(Soc. méd.-chir. d'Anvers annales 1905. März.)

Nach einem historischen Überblick über die Radiotherapie berichtet Verf. von einem Falle von Magenkrebs, wo er ein vorzügliches Resultat erzielte; der Kranke nahm unter der Behandlung in 1 Monat 6 kg an Gewicht zu, Erbrechen usw. war verschwunden. Ob dauernde Heilung, steht dahin. Verf. berichtet ferner von geheilten Gesichtskrebsen, Lupus usw. und bildet die betr. Fälle vor und nach der Behandlung ab. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

34) **Hammer.** Die Glasfeder, ein praktisches Instrument zur Applikation flüssiger Ätzmittel.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 8.)

H. verwendet die »Glasfeder« (von A. W. Faber) zur Ätzung von Lupusknötchen, kleinen Epitheliomen, Leichentuberkeln, Ulcera mollia, Rhagaden und Fisteln. Beim Lupus sticht er mit der Feder in die Knötchen ein, stopft dann mit Acidum carbolicum liquefactum getränkte Watte mit dem gleichen Instrument nach und fixiert die karbolgetränkte Watte für 24 Stunden mit Kollodium. Die Resultate sind sehr günstig. **Jadassohn** (Bern).

35) **R. Rau.** Über einen Fall von Angiokeratom (Mibelli).

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 8.)

Das Mibelli'sche Angiokeratom, das vor allem an den Händen vorkommt und in zahlreichen teleangiektatischen und verhornten Knötchen besteht, war auch in R.'s Fall, wie schon mehrfach, mit einer augenscheinlichen Schwäche des Gefäßsystems (Varicen usw.) vergesellschaftet, während Frostbeulen, die sonst sehr häufig sind, fehlten. Die in letzter Zeit erörterte Frage, ob Beziehungen zwischen dieser Krankheit und Tuberkulose bestehen, beantwortet Verf. negativ, trotzdem der Pat. (freilich nur allgemein) auf Tuberkulin reagierte. Histologisch spricht nichts für eine entzündliche Erkrankung. Für die Behandlung bewährte sich am meisten Verschorfen mit dem Unna'schen Mikrobrenner. **Jadassohn** (Bern).

36) **N. Bardescu** (Bukarest). Die Bothriomykose beim Menschen.

(Spitalul 1905. Nr. 9.)

Die Krankheit ist parasitärer Natur und wurde von Bollinger im Jahre 1870 unter dem Namen Kastrationsschwamm beschrieben, während die ersten Fälle beim Menschen erst im Jahre 1897 von Poncet und Dor in Frankreich, Faber und ten Siethoff in Holland bekannt gemacht wurden.

Im allgemeinen wird die Krankheit selten beobachtet, und ist eine sichere Diagnose nur auf Grund der mikroskopischen Untersuchung zu stellen. In dem von B. beobachteten Falle, einen 7jährigen Knaben betreffend, der mit einer Nagelfeile in die Kuppe der dritten linken Zehe gestochen wurde, entwickelte sich eine schmerzlose, etwa haselnußgroße, ulzerierte Geschwulst, die operativ entfernt wurde und nicht mehr rezidivierte. Ihre Untersuchung ergab eine elastische, auf dem Durchschnitt weiße, keinen Saft gebende Geschwulst, die mikroskopisch als zum großen Teile aus embryonalem Bindegewebe gebildet erschien. In ihr fand man zahlreiche Herde, die an Aktinomykose erinnerten; doch fanden sich statt Aktinomyces in der zentralen, helleren, wenig gefärbten Zone zahlreiche, mit Gram

stark gefärbte Staphylokokken, welche stellenweise wie Diplokokken aussahen. Die Kulturen ergaben einen gelblichen Staphylokokkus, welcher Gelatine verflüssigte und einen dicken Satz auf dem Boden der Proberöhre bildete. Inokulationen auf Kaninchen riefen meistens Eiterung hervor; bei einem der Versuchstiere bildete sich eine erbsengroße Geschwulst, die mit der Zeit verschwand.

Möglicherweise handelt es sich in diesen Fällen um einen Staphylokokkus, der in seinen Eigenschaften durch verschiedene Umstände verändert worden ist und so zu einer charakteristischen Geschwulstbildung führt. Diese bleibt an der Impfstelle lokalisiert und stört nur durch ihre Größe, welche die einer Nuß erreichen kann, und bewirkt sonst kein Leiden. **E. Toff** (Braila).

37) **C. Sick.** Schaumzellentumor der Haut.
(Virchow's Archiv Bd. CLXXIX. p. 550.)

Verf. untersuchte eine eigroße, derbe Geschwulst, die auf der Außenseite im oberen Drittel des Oberschenkels gesessen hatte. Die Haut über ihr war rot und trocken; die Geschwulst war verschieblich und gut abzugrenzen. Sie wurde in der Kocher'schen Klinik exstirpiert. Auf Grund seiner sehr ausführlich beschriebenen mikroskopischen Resultate, die sich zu einem kurzen Referate nicht eignen, kommt S. zur Ansicht, daß es sich um eine aus Bindesubstanzelementen hervorgegangene Geschwulst mit schaumiger Hypertrophie des Protoplasma ihrer Zellelemente handle. **Doering** (Göttingen).

38) **H. Landau.** Über Krebs und Sarkom am gleichen Menschen. (Aus der chirurgischen Privatklinik von Dr. Karewski in Berlin.)
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

Der betreffende 38jährige Mann hatte außer Exostosen und einem Osteom am Unterkiefer, nebst mehreren Naevi pigmentosi ein Fibrosarkom der rechten Brustdrüse und ein Adenokarzinom des außerdem einzelne Polypen aufweisenden Mastdarmes und ist durch Operation beider bösartigen Geschwülste bisher geheilt worden. In der Literatur sind 20 Fälle von Sarkom und Karzinom an demselben Individuum beschrieben. **Kramer** (Glogau).

39) **Coste.** Plaie pénétrante de l'abdomen avec blessure de la rate.
(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 5.)

40) **Cochrois.** Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de coutean, grosse éviscération et plaies des viscères herniés.
(Ibid.)

Zwei durch Messerstich hervorgerufene Bauchverletzungen. Im ersteren Falle hatte der Stich die linke Bauchseite oben durchtrennt und die infolge Malaria vergrößerte Milz getroffen. Blasse Gesichtsfarbe, kleiner Puls und Schmerzen in der linken Seite führten zur Laparotomie, da eine Verletzung der Milz vermutet wurde. Die 1 cm lange Milzwunde wurde mit Seide genäht, ein Tampon auf die genähte Stelle gelegt und die Bauchwunde bis auf die Tamponstelle geschlossen. Heilung.

Im zweiten Falle saß die 7 cm große Stichverletzung in der Gegend der linken Fossa iliaca. Fast der ganze Dünndarm war vorgefallen, ebenfalls ein Stück des Netzes und ein Teil des Colon ascendens. Mehrere Wunden der Därme und des Netzes mußten genäht werden, dann wurde der ganze Vorfall nach Abspülen in die Bauchhöhle zurückgebracht, dieselbe mit reichlichen Mengen Kochsalzlösung ausgespült und völlig geschlossen. Im unteren Wundwinkel bildete sich nach einigen Tagen ein kleiner Abszeß; dann verlief alles glatt bis zur völligen Heilung.
Herhold (Altona).

41) **G. Clarkson.** Unusual case of suppurative appendicitis.
(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

Mitteilung eines ungewöhnlichen, tödlich endenden Falles von rezidivierender Perityphlitis mit großem Beckenabszeß und Senkung des Eiters entlang der Psoasmuskulatur bis unter das Leistenband. Eröffnung am Oberschenkel.
W. Weber (Dresden).



42) **Duval.** Occlusion intestinale due à l'enroulement, autour d'une anse grêle, de l'appendice enflammé et perforé; double laparotomie. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 4.)

5 Wochen, nachdem er eine leichte Appendicitis überstanden hatte, erkrankte ein junger Soldat unter den Erscheinungen innerer Einklemmung.

Bei der Laparotomie zeigte sich, daß der kleinfingerdicke perforierte Wurmfortsatz bandartig einige Dünndarmschlingen dadurch komprimierte, daß er mit der Spitze an der hinteren Bauchwand verwachsen war. Es bestand im Bauch bereits ein trübseröser Erguß, es wurde jedoch durch Abtragen des Wurmfortsatzes Heilung erzielt. **Herhold** (Altona).

43) **Clairmont.** Bericht über 258 von Prof. v. Eiselsberg ausgeführte Magenoperationen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

Die 258 Fälle sind in 8 Jahren operiert worden. Das Material umfaßt das gesamte Gebiet der chirurgischen Magenpathologie, abgesehen von den Magenperforationen. Die Gesamtmortalität betrug 23%. Neben Erkrankungen des Magens selbst gaben auch solche der Speiseröhre, des Pankreas und der Gallenblase Veranlassung zu Operationen am Magen. Aus dem reichhaltigen Materiale kann nur auf einige interessante Dinge hingewiesen werden. Erwähnenswert sind die Fälle von gleichzeitiger Verätzung der Speiseröhre und des Pylorus, die durch eine Reihe von Eingriffen, Jejunostomie, Gastrostomie mit nachfolgender Sondierung ohne Ende und schließlich mit Ausschaltung des Pförtners durch Gastroenterostomie behandelt worden sind. Für diese Gruppe von Fällen empfiehlt v. Eiselsberg im Gegensatze zu der sonst angewendeten zweizeitigen Magenfistelbildung nach v. Hacker die einzeitige. Zur Sondierung ohne Ende wurde stets ein an einem Seidenfaden befestigtes Schrotkorn benutzt; wo dies nicht durch die Stenose drang, kam man schließlich stets mit einer Darmsaite zum Ziele. Die darauffolgende Durchziehung von Drainröhren durch die Enge wurde in der Richtung des Schlingaktes oder umgekehrt, je nach leichterer Ausführung, bewerkstelligt. Für die Diagnose der Verätzung von Speiseröhre und Pylorus muß besonderer Wert gelegt werden auf die sichtbare Magenblähung, die v. Eiselsberg beschrieben hat und die um so stärker wird, je enger die Stenose in der Speiseröhre ist.

Wegen geschwüriger Prozesse wurde 94mal operiert. Die Indikationen, welche zur chirurgischen Behandlung der geschwürigen Magenerkrankungen führten, waren im ganzen die von v. Mikulicz auf dem Chirurgenkongreß 1897 skizzierten: Offene Geschwüre im Magen, am Pylorus oder im Duodenum, welche durch dauernde Schmerzen, chronische geringe oder akute Blutungen ausgezeichnet waren; ferner Stenosen durch Narben oder Verwachsungen infolge des Geschwüres, peritonitische Erscheinungen durch Perforation, phlegmonöse Gastritis und Verdacht auf karzinomatöse Degeneration des Geschwüres. Die Erfahrungen, die an diesen Pat. gemacht worden sind, sprechen dringend dafür, daß man bei Fällen, die einer längeren internen Behandlung getrotzt haben, nicht zu lange mit dem operativen Eingriff warten soll. Nur auf diese Weise kann es vermieden werden, daß solche Kranken in so elendem Zustande zur Operation kommen, daß selbst die Prognose für den unmittelbaren operativen Eingriff zweifelhaft ist. Für die Wahl der Operationsmethode beim Geschwür muß dessen Lage maßgebend sein. Beim Sitz am Pylorus gibt die Gastroenterostomie gute Resultate. Wenn dagegen ein Übergreifen auf den Magenkörper, die kleine Kurvatur oder auf die vordere und hintere Magenwand statthat, geben die Gastroplastik, Gastroanastomose und Pyloroplastik schlechte, die Gastroenterostomie wenig befriedigende Resultate. Bei diesen Fällen kommen dann andere Operationsmethoden, wie die Resektion und die Pylorusausschaltung, in Frage. Den Anschauungen und Vorschlägen Jedliczka's, bei allen Geschwürsfällen die Resektion vorzunehmen, kann sich Verf. nicht anschließen, weil bei dieser Indikationsstellung oft genug ein annähernd normaler Pylorus ent-



fernt wird, ohne daß für die Heilung des Geschwüres mehr geschieht als durch eine Gastroenterostomie, die ihrerseits doch einen weniger komplizierten Eingriff darstellt. Ein Ulcus pepticum an der Stelle der Gastroenterostomie wurde bei vorliegendem Materiale nicht beobachtet. Es lag deshalb auch keine Veranlassung vor, zur Pyloroplastik überzugehen, für welche auch keineswegs die Dauerresultate sprechen.

Bei bösartigen Magengeschwülsten kam in 77 Fällen die Gastroenterostomie als palliative Operation zur Anwendung. Bestanden keine Hindernisse, so wurde die Gastroenterostomia retrocolica posterior bevorzugt. Gute Dienste leistete der Knopf. Die Mortalität betrug 31%. 24mal wurde der Pylorus nach der ersten Billroth'schen Methode reseziert. Dem Eingriff fielen drei Todesfälle zur Last. 7mal ward nach der zweiten Billroth'schen Methode verfahren, weil die Ausdehnung des Karzinoms die erste unmöglich machte. Was die operativen Dauerresultate betrifft, so bewährte sich das erste Billroth'sche Verfahren am meisten. Die palliativen Operationen bei Magenkrebs ergaben eine höhere Sterblichkeit als die radikalen. Die Durchschnittslebensdauer der Pat. betrug nach Gastroenterostomie 200, nach Gastrektomie 400 Tage. Die Magen-Darmfistel wurde nur als indiziert erachtet, wenn wirklich eine Stenose des Pylorus vorhanden war. In Fällen, die keine Retentionserscheinungen aufwiesen, ward von einem Eingriff abgesehen, wenn die klinische Untersuchung eine Radikaloperation aussichtslos machte. Die Pylorusausschaltung ist nur selten indiziert. Sie kommt in Frage, wenn eine Resektion unmöglich ist und Blutungen aus der exulzerierten Geschwulst, jauchiger Zerfall, Gefahr der Perforation und Fieber durch Resorption von der Geschwürsfläche aus auftreten.

Was die Technik der Magenoperationen betrifft, so sei erwähnt, daß v. Eiselsberg zur Gastroenterostomie hauptsächlich zwei Etagennähte, eine vordere und hintere Seromuscularisnaht, sowie eine vordere und hintere Schleimhautnaht anwendet. Die Methode der Wahl ist die Naht; nur bei spezieller Indikation wird der Murphyknopf in Anwendung gezogen. Das Abgehen des Knopfes wurde nur in $^1/_3$ der Fälle festgestellt. Die Fälle von offenem Geschwür sind wegen Gefahr von Komplikationen durch Zurückbleiben des Knopfes von seinem Gebrauch auszuschließen. Im ganzen hatten die Karzinompatienten mit Knopfanastomose eine längere Durchschnittslebensdauer als die mit Naht. Der Circulus vitiosus wurde 6mal beobachtet. Diese Komplikation dürfte nach den Vorschlägen von v. Hacker und Kappeler seltener werden. Die Kürze des zuführenden Schenkels, die Schnittführung in schräger Richtung, die Fistelanlegung möglichst nahe der Curvatura major und Suspensionsnähte verbessern zweifellos die Prognose der Fistelanlegung zwischen Magen und Darm. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

44) **H. S. Clogg.** Perforated duodenal ulcer.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

Verf. bringt drei mit Erfolg von ihm operierte Fälle von Perforation eines Duodenalgeschwüres. Drei Männer von 44, 37 und 53 Jahren, die 28, 31 und 24 Stunden nach Beginn der Symptome zur Operation kamen, und bei denen er in jedem Falle die gefundene Perforationsöffnung im Duodenum mit Hilfe des Netzes zu decken gezwungen war, weil die Ränder im Zustande chronischer Entzündung und sehr zerreißlich waren. Bei allen dreien legte er eine Gegenöffnung in der rechten Lendengegend an und drainierte hier. Er betont die in ungefähr der Hälfte der Fälle geradezu charakteristische Abwesenheit von Erscheinungen, die der Perforation vorausgehen. Meist betrifft der Durchbruch Männer im mittleren Alter, die vorher ganz gesund gewesen waren, oft nach oder bei einer körperlichen Anstrengung. Häufig beobachtet man eine ziemlich lange »Latenzperiode« zwischen dem heftigen Beginne der Symptome und den Zeichen der fortschreitenden Peritonitis. In solchen Fällen ist anfangs nur wenig Flüssigkeit ausgetreten, und erst mit dem allmählichen Nachgeben von Verklebungen nehmen die Erscheinungen ihren Fortgang. Die Mortalität aller operierten Fälle zusammen berechnet C. auf 75%, doch bessern sich alljährlich die Zahlen mit der frühzeitigeren Erkennung der

Perforation, der besseren Technik des Eingriffes. So hängt die Prognose wesentlich ab von der rechtzeitigen Diagnose. Für wesentlich zur Erkennung erachtet Verf. folgende Punkte: die Abwesenheit vorausgegangener Symptome: die genauere Feststellung der Art solcher Zeichen, wenn sie doch vorausgegangen waren; die Örtlichkeit des Frühschmerzes im rechten Epigastrium oder Hypochondrium; die frühzeitige Spannung und Empfindlichkeit in der rechten oberen Bauchhälfte; die frühzeitige Empfindlichkeit bei tiefem Druck über den unteren Rippen hinten und seitlich; der zunehmende Schmerz bei tiefer Atmung; der frühzeitige Hochstand der rechten Zwerchfellhälfte durch Gasansammlung. **W. Weber** (Dresden).

45) **Gauthier.** Étranglement interne subaigu simulant une appendicite. Laparotomie au sixième jour. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 4.)

Ein Soldat erkrankte unter heftigen Leibschmerzen in der Blinddarmgegend, Erbrechen und Stuhlverhaltung. Durch Klistiere wurde nur sehr wenig Stuhl erzielt, das Erbrechen und die Koliken gingen zeitweilig vorüber, um immer von neuem wieder einzusetzen, ohne daß der Kranke dabei besonders verfiel. Aus diesem Grunde wurde auch zunächst nur an eine Appendicitis gedacht und erst am 6. Tage der sich immer wiederholenden Krankheitserscheinungen die Laparotomie gemacht. Es fand sich in der Blinddarmgegend ein vom Mesenterium zum Kolon hinziehendes 7—8 cm langes Band, welches eine Darmschlinge einschnürte, ohne daß jedoch Gangrän eingetreten war. Durch Resektion des Bandes wurde Heilung erzielt. **Herhold** (Altona).

46) **R. Dobbertin.** Nahtlos geschweißtes Operationsmobiliar, eine beachtenswerte technische Neuheit in der Herstellung von Operationsmöbeln.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 19.)

Verf. betont das gefällige Aussehen und die Vorteile hinsichtlich der Reinigung und Asepsis, welche den von M. Schaerer-Bern hergestellten Operationsmöbeln eigen sind. Durch unmittelbares Zusammenschmelzen von Stahl-, Eisen- oder Messingrohren entstehen widerstandsfähige ganze Stücke ohne Nieten, Schrauben, übergreifende Eisenmanschetten, ohne scharfe Ecken, Absätze, Fugen, Winkel, ohne die früher üblichen Versteifungen. **G. Schmidt** (Berlin).

Berichtigung zur Frage der Orchidopexie.

Von

***Dr. M. Katzenstein** in Berlin.*

Zur Originalmitteilung des Herrn Lanz (Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 16) und zur Bemerkung des Herrn Longard hierzu (Nr. 23) konstatiere ich, daß das Prinzip des daselbst mitgeteilten Verfahrens der Orchidopexie im Jahre 1902 von mir angegeben worden ist, eine Tatsache, die Herr Longard in seiner Originalmitteilung (Zentralblatt für Chirurgie 1903 Nr. 8) anerkennt.

Das Prinzip des Verfahrens ist die zeitweilige Verbindung des Hoden mit dem Oberschenkel und die allmählige Ausdehnung des zu kurzen Samenstranges durch die Bewegungen der Extremität. Ich habe das Verfahren im Juni 1902 der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins an einem geheilten Falle demonstiert; die Originalmitteilung befindet sich in der Deutschen med. Wochenschrift 1902 Nr. 52; weitere Erfahrungen sind in den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1904 kurz mitgeteilt.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 28. **Sonnabend, den 15. Juli.** **1905.**

Wie entsteht die Thrombose der Vena iliaca externa links nach der Appendicektomie?

Von

O. Witzel in Bonn.

Das Auftreten einer einseitigen Thrombose der Vena iliaca externa, und zwar links, nach glatt verlaufenen Appendixexstirpationen ist wohl von den meisten Chirurgen beobachtet worden. Sowohl bei persönlichen Unterredungen in größeren Kreisen von Fachgenossen als auch beim Studium der literarischen Mitteilungen blieb uns das



Ereignis bisher unerklärt. Die Versuche, Fortleitungen vom Orte des Eingriffes, der rechten Darmbeinaushöhlung, zur linken Leistengegend, aus dem Wurzelgebiete der Pfortader in dasjenige der großen Hohlvene zu finden, die Versuche der Erklärung durch Metastasierung, durch primäre Herzschwäche (bei sonst ganz gesunden, jugendkräftigen Personen!) haben die Sache nur noch rätselhafter gemacht.

Mit Hinsicht auf die Sicherheit guten Ausganges, die wir unseren Kranken im übrigen für die Operation im Ruhestadium der Appendicitis geben können, ist die Möglichkeit des Eintretens der Thrombose und der unberechenbaren Verschleuderung der Gerinnsel geradezu abscheulich. Dreimal erlebte ich die Sache im Laufe der Jahre bei Kranken, die auch nicht die geringste sonstige, eine Thrombosierung begünstigende Störung boten.

Es wird eine nach jeder Richtung hin wohl erwogene und wohlvorbereitete Appendicektomie glatt ausgeführt. Der Verlauf der 3—4 ersten Tage scheint den Fall den übrigen, in 14 Tagen zur Heilung kommenden, anzureihen. Da steigt bei leichtem allgemeinen Unbehagen ganz unerwartet die Temperatur; es treten unbestimmte Beschwerden im Unterleib auf. Die Wunde aber erweist sich als vollkommen reaktionslos; nur nach links medianwärts von ihr wird vorsichtiger Druck etwas unangenehm empfunden. Die Behaglichkeit des Kranken ist gestört; er kommt nicht mehr zum ruhigen Durchschlafen der Nächte; die Temperatur bleibt erhöht. Der Schmerz lokalisiert sich dann immer mehr in der linken Unterbauchgegend und zieht, reißenden Charakters, in das linke Bein hinein. Die Erscheinungen der linksseitigen Thrombose sind unverkennbar. Ein Krankenlager von 4 Wochen, statt von 12 Tagen, ist das mindeste, auch wenn geeignetes Verhalten und Glück des Kranken Embolien unterbleiben lassen.

In meinem letzten Falle brachten Verschleuderungen, die trotz aller Gegenbestrebungen in mehreren Schüben unter leichten Frösten in die Lungen erfolgten, ein hoffnungsvolles junges Menschenkind mehrmals an den Rand des Grabes. Der Hinblick auf das Unfaßliche der Gefahr minderte uns doch etwas den Mut, die sonst so harmlose Operation zu empfehlen.

Wiederum haben wir in der Literatur nachgeforscht, Umfrage gehalten, ob denn Keiner Antwort geben könnte auf die Frage nach der Entstehung und der Verhütung. Immer wieder habe ich meine drei Fälle mit Hinblick auf die Vorbedingungen, den Verlauf des Eingriffes, den örtlichen Befund des erkrankten Organes und seiner Umgebung verglichen. — Ohne Ergebnis. — Gleich anderen Kollegen befand ich mich zunächst auf falscher Fährte: nicht in den Wurzeln der Vena portae oder sonst in der Umgebung der Appendix und des Coecum kommt es primär zur Thrombose, — in den Stämmchen und Wurzeln der Venae epigastricae, also in der Bauchwandung, entsteht die Gerinnung, deren Fortsetzung nach der linken Bauchseite auf dem Wege der

Venae epigastricae sinistrae zur Thrombose der Vena femoralis sinistra führt. Ein bisher unbeobachtetes gemeinsames Moment mußte vorhanden sein: als solches ergab sich die gleichzeitige Unterbindung der Stämme der Arteria und der Venae epigastricae dextrae während der Operation in meinen drei Fällen[1].

Daß eine Ligatur, welche die Stämmchen der Arterie und der dicht angelagerten Venen zugleich umfaßt, in dem zugehörigen Gebiete im allgemeinen ähnlich wirkt, wie die gleichzeitige Umschnürung der Arteria und Vena femoralis auf die untere Extremität, leuchtet von selbst ein. Der Effekt muß um so prägnanter werden, wenn die Bauchdeckenstämme, Arterien und Venen, wie das wohl immer geschieht, in gleichem Momente zugebunden werden. Es bedarf für die meisten Fachgenossen wohl nur eines Hinweises, um die Erinnerung wachzurufen, wie dann distal, nach oben hin, sofort ein schwarzer Gefäßbaum erschien, wie das den Rectus deckende Bauchfell blau wurde, wie am medialen Schnittrande kleine Venen zu bluten begannen und der Ligatur bedurften. Von den kollateralen kleinen Arterien wird durch das Kapillarsystem noch Blut bis zur Überfüllung in die Wurzeln der Venae epigastricae dextrae gebracht, dann stockt der Lauf in den größeren Gefäßräumen bis zur Ligatur hin.

Der weitere Verlauf der Dinge bedarf an dieser Stelle wohl nicht der Ausführung. Meist mag die Thrombose, mehr oder weniger auf die rechte Seite beschränkt, unbemerkt verlaufen. In anderen Fällen ist das Übergreifen in das Gebiet der Vasa epigastrica sinistra hinein Ursache von unbestimmten Unbequemlichkeiten; hämatogene Infektion der Thromben führt event. zu Temperatursteigerungen. Die Fortsetzung durch die linksseitigen Venenstämmchen in die Vena iliaca externa sinistra bringt das allbekannte Bild ohne und mit Lungenembolien.

Wenn die vorstehende anatomische Erklärung richtig ist — die praktische Bedeutung der Frage läßt Mitteilungen über andernorts gemachte Erfahrungen wohl angebracht erscheinen —, dann muß unter allen Umständen unser Bestreben darauf gerichtet sein, die gemeinsame Ligatur der Vasa epigastrica — auch in Form des Umschnürens durch eine weitfassende Bauchdeckennaht, wie das in meinem zweiten Falle geschah — zu vermeiden. Die Kollision mit dem Bündel der dicht aneinander gelagerten Stämmchen geschieht

[1] Nachträglich fanden wir eine Stütze für diese Auffassung von gynäkologischer Seite: J. Clark, Etiology of post-operative femoral thrombophlebitis (Univ. of Pennsilvania med. bull. 1902 Juli). Ref. Zentralblatt für Chirurgie 1902 Nr. 40): »Die postoperative Thrombophlebitis der Femoralis ist nicht infektiösen Ursprunges und wird nicht durch eine Schädigung der Perineal- Uterin-Ovarial- und Iliacalgefäße verursacht. Vielmehr geht aus der Tatsache, daß die Komplikation nur nach solchen Beckenoperationen eintrat, bei denen eine Inzision der Bauchwand stattfand, hervor, daß der primäre Faktor mit dieser Inzision zusammenhängen muß«.

aber gewöhnlich unten, da der nach außen konkave Verlauf des Anfangsteiles das Bündel hier am ehesten in den Bereich des Längs- oder Schrägschnittes kommen läßt. Es würde sich empfehlen, den, anscheinend jetzt am meisten geübten Längsschnitt etwas lateral vom äußeren Rectusrande, ohne Eröffnung der Scheide dieses Muskels verlaufen zu lassen und jedenfalls die leichte Schrägrichtung desselben, unten zur Mittellinie hin, zu vermeiden, diese Schrägrichtung eher durch eine Abweichung nach außen hin zu ersetzen, wenn dabei auch einige Bündel mehr vom Obliquus internus und Transversus abdominis durchtrennt werden. Der Schrägschnitt parallel zum Leistenband hat in gebührender Entfernung von den epigastrischen Gefäßen Halt zu machen; jedenfalls in der Tiefe. Unter allen Umständen muß der Bauchnaht eine Orientierung über die Lage der Gefäße, zumal im unteren Winkel vorausgehen, da, wie oben hervorgehoben wurde, ein Mitfassen der Gefäße durch die Naht der Ligatur in der Wunde gleich zu achten ist. Sollte aber wirklich einmal die Verletzung eines Venenstammes geschehen sein, dann muß die, technisch nicht ganz leichte, isolierte Unterbindung gelingen, um dem Gebiete die vis a tergo der Arterie zu erhalten.

---

1) **Gardner.** The corneal reflex the most reliable guide in anaesthesia.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 4.)

G. betont auf Grund seiner langen Erfahrungen als Berufsnarkotiseur die Wichtigkeit des Cornealreflexes als des weitaus zuverlässigsten Zeichens bei Narkosen mit Chloroform und Äther, im Gegensatze zu dem durch mannigfache Umstände beeinflußbaren Pupillarreflex. Er stellt den Satz auf, daß eine Überdosierung des Narkotikums unmöglich ist, solange der Cornealreflex, wenn auch in geringer Intensität, noch ausgelöst werden kann.

W. Weber (Dresden).

---

2) **E. S. Perman.** Über die Angiotripsie in der allgemeinen operativen Chirurgie.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 12. [Deutsch.])

Nach einem geschichtlichen Rückblick auf die von den Gynäkologen erfundenen und zuerst angewendeten hämostatischen Instrumente (Angiotrib, Pince à pression progressive, Vasotribe u. a.) (Doyen, Tuffier, Thumim, Zweifel usw.), sowie die analogen Instrumente in den Händen der Chirurgen (Schultén, Sykow, Bruni, Mayer) überblickt Verf. die Geschichte der Unterbindung sowohl während der vorantiseptischen als der antiseptischen bezw. aseptischen Zeit. Die an der Ligaturmethode haftenden, nie voll zu überwindenden Nachteile werden zugunsten der Angiotripsie ausführlich erwogen und haben den Verf. veranlaßt, seit März 1904 sich der Angiotripsie in größerer Ausdehnung zu bedienen.

Mit eigens dafür konstruierten »Péans«, die ausführlich beschrieben und abgebildet werden, faßt der Operateur die blutenden Gefäße; nach beendetem operativem Eingriffe werden die Gebisse der Arterienklemmen mit einer besonders dafür konstruierten sehr kräftigen Klemmzange zugedrückt. Nach Abnahme der Instrumente zeigt sich die betreffende Stelle des Gewebes mit dem Gefäße papierdünn. Eine Beschreibung einer solchen, mikroskopisch untersuchten (Prof. Sundberg) Stelle liefert Verf. als Anhang seiner Arbeit.

Verf. hat nur in vereinzelten Fällen Nachblutung zu verzeichnen gehabt und ist mit der Methode sehr zufrieden; gibt zuletzt kurze Winke über die Kontraindikationen (intraperitoneale Operationen, Arteriosklerose) und rühmt der Methode einen reaktionslosen und schmerzfreien Verlauf nach.

Hansson (Cimbrishamn).

---

3) **v. Mosetig-Moorhof.** Therapie der Gelenktuberkulose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 49.)

Nach v. M. soll die rationelle konservierende Therapie der Gelenktuberkulose eine operativ aktive sein, wenigstens in allen Fällen von Fungus osseus. Sie hat zu bestehen in einer sorgfältigen Exstirpation des gesamten lokaltuberkulösen Gewebes in Weichteilen und Knochen sowie in Ausfüllung aller Gewebsdefekte, namentlich der Knochenhöhlen, durch v. M.'s bekannte Jodoformplombe.

Hübener (Dresden).

---

4) **C. Alexander.** Eine neue Hilfsmethode zur Diagnose und Therapie der Gonorrhöe.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 4.)

Wasserstoffsuperoxydinjektionen in die Harnröhre sind vom Verf. angewandt worden, in erster Linie als diagnostische Methode für den Nachweis von Gonokokken, in zweiter Linie therapeutisch als Hilfsmittel bei Behandlung der Gonorrhöe. Die Methode stützt sich auf die Tatsache, daß Wasserstoffsuperoxyd beim Zusammentreffen mit Blut, Eiter, Bakterien, stickstoffhaltigen oder leimgebenden Substanzen katalysiert. Die Entwicklung von Sauerstoffgas äußert sich hierbei durch Schaumbildung. Diese Gasentwicklung reißt in ihrer mechanischen Wirkung Sekret und Gerinnsel und nach Ansicht des Verf. auch die Gonokokken aus ihren Schlupfwinkeln mit sich fort. In dem — kurze Zeit nach H_2O_2-Injektion in die Harnröhre — am Orificium externum derselben austretenden weißen Schaume ließen sich mikroskopisch Gonokokken nachweisen in zahlreichen Fällen, in denen alle anderen diagnostischen Methoden negative Resultate ergeben hatten. Für die therapeutische Anwendung kommt neben dieser rein mechanischen Wirkung nach Ansicht des Verf.s noch eine chemische in Betracht, nämlich die Oxydation der Gonokokkentoxine.

Grunert (Dresden).



5) **A. Cooper.** On the significance of scars of the genital region in the retrospective diagnosis of syphilis.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

Verf. wendet sich gegen die Gepflogenheit, aus Narben in der Genitalgegend ohne weiteres den anamnestischen Schluß auf das Vorhandensein einer Lues zu ziehen und umgekehrt aus dem Fehlen solcher Narben die Abwesenheit von Lues zu folgern. Beides sei gleich fehlerhaft. Im folgenden bespricht er dann im einzelnen die Narben der Geschlechtsteile und der Leistengegend, die zurückbleiben können nach Ulcus durum, Ulcus molle, Gummata, Ulcus phagedaenicum, gonorrhoischen Drüsenerkrankungen, Balanitis, Herpes, Talgdrüsenvereiterungen, gonorrhoischen Abszessen am Penis, Tuberkulose, Traumen, Kauterisationen, Ätzungen usw. Er faßt seine Bemerkungen zusammen in folgenden Schlußsätzen, wobei er die nicht venerische Ätiologie unberücksichtigt läßt.

1) Man findet mehr und ausgeprägtere Narben an den Geschlechtsteilen von Hospitalspatienten als von Privatpatienten.

2) In vielen Fällen von Spätformen der Lues (»nervöse« und »interne« Formen) ist an den Geschlechtsteilen überhaupt nichts mehr nachzuweisen.

3) Eine einzelne Narbe auf der Penishaut ist verdächtig auf luetischen Ursprung.

4) Eine einzelne Narbe auf der Schleimhaut ist wahrscheinlich luetischen Ursprunges, gelegentlich auch zurückzuführen auf ein Ulcus molle.

5) Mehrere Narben auf der Schleimhaut des Penis sind zu erklären durch Ulcus molle.

6) Mehrere Narben auf der Schleimhaut und Haut sind gleichfalls zu erklären durch Ulcus molle.

7) Narben der Leistengegend, zugleich mit Narben des Penis, lassen auf Ulcus molle schließen.

8) Narbe der Leistengegend ohne Penisnarben kann man für Gonorrhöe verwerten.

9) Ausgedehnte Narben am Penis oder in der Leistengegend oder in beiden zugleich entstehen durch Ulcus phagedaenicum.

10) Narben an den Genitalien mit solchen sonst am Körper sind für Lues zu verwerten.

W. Weber (Dresden).

---

6) **O. Goldstein.** Therapeutische Erfahrungen über das Enésol (salizylarsensaures Quecksilber) bei Syphilis.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 7.)

Das neue, von Clin & Co. in Paris stammende Präparat ist »ein saurer Ester der arsenigen Säure mit Salizylsäure, in welchem die dritte Hydroxylgruppe durch Quecksilber substituiert ist«. Es enthält 38,46% Quecksilber und 14,4% metallisches Arsen und wird als gelöstes Injektionsmittel bei Syphilis empfohlen. G. injizierte in der

Finger'schen Klinik im allgemeinen täglich 2 ccm (= 6 cg salizylarsensaures Quecksilber) intramuskulär in die Nates; durchschnittlich waren 15—20, gelegentlich 30 Einspritzungen notwendig. Stomatitis wurde öfter beobachtet; die örtlichen Beschwerden nach den Einspritzungen waren oft sehr gering, manchmal stärker. Die syphilitischen Erscheinungen der Früh- und Spätperiode gingen gut zurück; besonders schien das Mittel in einem Falle bösartiger Lues sehr vorteilhaft zu wirken. Rezidive traten in einzelnen Fällen bald auf. Im Harne konnte Quecksilber sehr schnell nachgewiesen werden, verschwand aber auch schnell wieder. Die »Remanenz« ist also gering. Verf. empfiehlt das Mittel freilich mit Vorbehalt und glaubt, daß es vielleicht besonders in Kombination mit ungelösten Präparaten sich sehr wirksam erweisen werde (doch führen auch die Injektionen von Salizylquecksilber und Kalomel zu einer sehr schnellen Quecksilberresorption, wie namentlich aus den neuen Versuchen von Burgi sehr deutlich hervorgeht, so daß in dieser Beziehung eine Kombination der ungelösten mit den gelösten Präparaten nicht notwendig erscheint; Ref.).

Jadassohn (Bern).

---

7) **Henggeler.** Über einige Tropenkrankheiten der Haut.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 5.)

In der vorliegenden ersten Abhandlung wird die tropische Frambösie in ausführlicher Weise auf Grund der Literatur und eigener auf Sumatra gemachter Studien geschildert. Auch die Histologie ist berücksichtigt. Sehr schöne Photographien sind der Arbeit beigegeben. Wer sich mit dieser eigenartigen Krankheit beschäftigen will, wird das interessante Original einsehen müssen.

Jadassohn (Bern).

---

8) **F. Poór.** Beiträge zur Klinik und Anatomie des sog. Adenoma sebaceum.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 7.)

Die eigentümlichen, an der Gesichtshaut lokalisierten, symmetrischen Knötchen, welche eine recht unangenehme Verunstaltung darstellen, haben vor allem aus theoretischen Gründen in der Literatur seit Jahren eine nicht unbedeutende Rolle gespielt. Die einen fassen sie als Talgdrüsenadenome, die anderen als Naevi auf. Verf. schließt sich auf Grund eines klinisch und histologisch typischen Falles der letzterwähnten Anschauung an und bezeichnet die Anomalie in Übereinstimmung mit dem Ref. als Naevus sebaceus (symmetricus).

Jadassohn (Bern).

---

9) **A. Mibelli.** Über eine neue Formel zur Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen mit Oleum cadinum Anthracol.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 3.)

Statt der üblichen Methode, Teerbäder zu geben, empfiehlt M. (im Anschluß an Balzer), wirkliche Emulsionen von Teer zu Bädern zu benutzen. Er verwendete folgende Formel: Oleum cadinum (oder auch Anthracol) 67,0; Colophon. 11,10; 20%ige Sodalösung 21,90, und gibt davon 100—150 g zu einem Bade. Auch in stärkerer Konzentration kann man von dieser Formel zu Waschungen und feuchten Umschlägen Gebrauch machen. M. hat sich bei juckenden Hautkrankheiten, besonders auch bei bullösen Formen, dieser Behandlungsmethode mit großem Vorteile bedient. **Jadassohn** (Bern).

---

10) **A. Pasini.** Die kaustische Wirkung des Arsenigsäureanhydrids auf die epithelialen Gewebe.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 6.)

Aus den mit wäßriger Lösung von Arsenigsäureanhydrid an der Schleimhaut von Tieren und an der Vorhaut von Menschen angestellten Versuchen ergab sich, daß die Lösung mindestens 1 : 150 stark sein muß, um nachweisbare Veränderungen hervorzurufen, daß diese bei 1 : 70 ihr Maximum erreichen, daß die ersten Erscheinungen erst nach 3—4 Stunden eintreten, und daß auf totes Gewebe eine Wirkung nicht stattfindet.

Die Epithelzellen degenerieren zu einer schließlich ganz homogenen, durchsichtigen Masse. In der Cutis entsteht Thrombose, Leukocytenaustritt und Störungen an der Grenze zwischen Epithel und Cutis. Lösungen bis zu 1 : 15000 besitzen positive chemotaktische Kraft. **Jadassohn** (Bern).

---

11) **L. Voigt.** Beitrag zur Gewinnung der Variolavaccine.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 9.)

Aus seinen zahlreichen Versuchen, das Pockenkontagium in Vaccine umzuwandeln, zieht V. folgende beiden Schlüsse: 1) Pockenborken sind ein für die Gewinnung der Variolavaccine wertvolles Material, das neben der Lymphe und dem Gewebe der Pockenpustel zur Impfung der Versuchstiere benutzt werden sollte. 2) Zu den Umzüchtungen der Variola zur Vaccine kann man Kaninchen mit einiger Aussicht auf Erfolg als Zwischenträger benutzen. **Jadassohn** (Bern).

---

12) **T. S. Omeltschenko.** Nebenhöhlen des Mittelohres.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Verf., der Anatom ist, hat gefunden, daß mit gewissen Lageanomalien des Felsenbeines das Auftreten von pneumatischen Räumen

am Boden der Paukenhöhle verbunden ist. Während hier normalerweise der Bulbus venae jugularis liegt, entsteht bei Verlagerung des Felsenbeines nach vorn ein Zwischenraum zwischen dem Bulbus und der Paukenhöhle. Der Knochen, der diese Strecke ausfüllt, ist nun nicht kompakt, sondern enthält pneumatische Räume, die stets am Boden der Paukenhöhle oder in deren nächster Nähe münden.

An 152 daraufhin untersuchten Gehörapparaten fand O. diese »Cellulae accessoriae petrosae« 59mal; 11mal waren sie doppelseitig vorhanden, 37mal einseitig. Erkennen kann man das Vorhandensein der Zellen wie folgt. 1) Am Skelett: zieht man von der Mitte der Lehne des Türkensattels eine Gerade zur inneren Protuberanz des Hinterhauptes und legt eine zweite senkrechte zur ersten ebenfalls durch die Sattellehne, so fällt das Felsenbein mit der Halbierungslinie des entstehenden rechten Winkels zusammen. Liegt es jedoch vor der Halbierungslinie, so handelt es sich um die erwähnte Verlagerung, und die Cellulae petrosae sind auch vorhanden. (Hinter der Halbierungslinie liegt es ganz außerordentlich selten.) 2) Am Lebenden: Ist die Differenz zwischen dem antero-posterioren und dem größten hinteren queren Durchmesser 3,4 bis 4,5 cm, so liegen normale Verhältnisse vor bei gleichen schrägen Durchmessern. Sind letztere ungleich, so darf man auf der Seite der größeren seitlichen Vorwölbung des Schädels die Zellen erwarten. Ist jene Differenz 2,0 bis 2,5, so wird man die Zellen auf beiden Seiten finden.

Die Bedeutung der Zellen liegt einmal auf physiologischem Gebiet, insofern sie günstig für die Akustik sind, sodann spielen sie auf pathologischem Gebiete dieselbe Rolle, wie etwa die Cellulae mastoideae.

V. E. Mertens (Breslau).

---

13) **Milligan.** Suppurative frontal sinusitis.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 28.)

M. teilt die Nasennebenhöhlen ein in solche, deren Sekrete in den mittleren Nasengang, und in solche, deren Sekrete in den oberen geleitet werden. Zu den ersteren zählen Oberkieferhöhle, vordere Siebbeinzellen, Stirnhöhlen; zu den letzteren die hinteren Siebbeinzellen und die Keilbeinhöhlen. Fast immer sind bei Entzündungszuständen mehrere Nebenhöhlen befallen, entsprechend der ursprünglichen Infektionsursache und der Selbstinfektion der Höhlen untereinander. Bei Besprechung der Ätiologie, Bakteriologie und Diagnose der einzelnen Nebenhöhlenerkrankungen betont M. den hohen Wert der Durchleuchtung bei Oberkieferhöhleneiterungen, den geringen bei Stirnhöhlenkatarrhen. Stets soll der äußeren Operation die intranasale Behandlung vorausgehen, aber nur in ganz seltenen Fällen wird die letztere allein genügen, um eine Eiterung zur Ausheilung zu bringen. Unter »Heilung« versteht M.: völlige Abwesenheit von Eiter bei rhinoskopischen Untersuchungen, keine Kopfschmerzen mehr, völlige Ausheilung der Operationswunde. Bei so gestellten Forderungen, meint er, wird der Prozentsatz wirklicher Heilung nicht besonders hoch aus-

fallen. Für das Auftreten von keloidartigem Aussehen der Narbe glaubt er die Störung der Wunde durch das beständige Spiel des M. orbicularis beschuldigen zu müssen; in gleicher Weise erklärt er übrigens auch die öfters auftretende keloidartige Beschaffenheit von Halsnarben durch das Spiel des Platysma. — Er eröffnet die Stirnhöhle mit einem supraorbitalen Schnitt, selten und meist bei doppelseitigen Eiterungen mit einem medianen. Fortnahme eines Stückes der vorderen Sinuswand. Bei Eiterungen ohne wesentliche Veränderungen der Schleimhaut selbst entleert und reinigt er die Höhle, sorgt für guten Abfluß und tut weiter nichts. Bei schwereren Veränderungen der Sinusschleimhaut richtet er sich nach der Größe der Höhle. Ist sie von vorn nach hinten nicht länger als 2 cm, so nimmt er die ganze vordere Knochenwand fort und erstrebt eine völlige Obliteration. In diesen Fällen vernäht er die Wunde nur in ihrem äußeren Drittel, das übrige drainiert er. Bei einem Durchmesser der Stirnhöhle von mehr als 2 cm entfernt er die ganze Schleimhaut und erstrebt eine Ausfüllung der zurückgelassenen Höhle mit normalen Granulationen. Dabei ist die Vermeidung der Infektion der Granulationen von größter Bedeutung. Man muß auf jeden Fall alle infizierten Teile der Stirnhöhle gründlich ausräumen, die infizierten Siebbeinzellen entfernen und die Verbindung zur Nase hin vollständig offen und frei halten zum Sekretabfluß. M.'s Erfahrungen erstrecken sich auf 40 Pat. Zwei davon sind gestorben an Stirnlappenabszeß und Meningitis, 28 wurden völlig wieder hergestellt ohne Rückfall, 4 leiden noch an geringem Eiterfluß aus dem Sinus, 5 haben trotz langer Behandlung immer noch reichliche Sekretion aus Stirn- und Siebbeinhöhlen behalten.

W. Weber (Dresden).

---

14) **B. Canfield.** The treatment of chronic empyema of the antrum, both simple and when combined with empyema of the ethmoid and sphenoid.

(Med. news 1905. März 25.)

Den ersten Schritt zur erfolgreichen Behandlung der chronischen Kieferhöhleneiterung sieht Verf. in der Erkenntnis der verursachenden Momente. Ob die Behandlung konservativ oder radikal ausgeführt werden soll, richtet sich nach der Individualität des einzelnen Falles. Im allgemeinen sind jedoch zunächst konservative Maßnahmen zu empfehlen.

Vor sog. radikalen Operationen sind zuerst Polypen, Adenoide und Deviationen des Septum zu entfernen. Verf. ist davon überzeugt, daß schon allein durch die ungehindert passierende Luft eine Selbstreinigung der Nebenhöhlen bewirkt wird. Die durch Zahnkaries verursachten Empyeme behandelt er nach der Extraktion wie die anderen unkomplizierten, d. h. mit Aufmeißelung der nasalen Wand vom unteren oder mittleren Nasengang aus.

Zur Irrigation der Kieferhöhle zieht Verf. das von Halle an-

gegebene Instrument vor. Großen Wert legt er auf Trocknen der Höhle mittels warmer Luft und Jodoformpuder.

Bei hartnäckigen Empyemen und solchen, die mit Erkrankung der Siebbein- und Keilbeinhöhlen kompliziert sind, wendet er die Methode von Luc-Caldwell an.

Den Heilungsverlauf will Verf. durch Transplantation bei zerstörter Schleimhaut und nachträgliche Naht der bukkalen Wunde beschleunigt haben. **Hofmann** (Heidelberg).

15) **H. Vincent.** Symptomatologie et diagnostic de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes (angine de Vincent).

(Lancet 1905. Mai 13.)

Eingehende Beschreibung der Bakteriologie, klinischen Erscheinungen, Differentialdiagnose und Behandlung der durch Verf. zuerst beschriebenen und als Angina Vincenti bei uns bekannten Krankheit. Die für diese Angina ulcerosa von Verf. und sonstigen Beobachtern beschriebenen spezifischen Bakterien sind fusiforme Bazillen und symbiotisch mit diesen auftretende Spirillen. Sie sind in der Arbeit abgebildet. Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich die echte Diphtherie und syphilitische Affektionen in Betracht. Therapeutisch sind intensive Höllensteinätzungen und Betupfen der belegten Partien mit Jodtinktur von Wert.

Das Literaturverzeichnis enthält 84 Nummern aus der internationalen Bibliothek. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

16) **W. Pasteur.** On pneumococcal sore-throat with notes of a fatal case.

(Lancet 1905. Mai 27.)

Verf. meint, die Pneumokokkenangina verdiene mehr Aufmerksamkeit als ihr bislang zugewendet ist. Er berichtet über einen Fall, den er selbst beobachtete, und einige weitere Fälle aus der Literatur und versucht, die Charakteristika der Krankheit genau abzugrenzen. Die vorkommenden Formen der Angina pneumococcica sind: 1) Die suppurative; 2) die pseudomembranöse; 3) die follikuläre; 4) die inflammatorische oder erythematöse; 5) die herpetiforme. Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich Diphtherie und Streptokokkenangina in Betracht. Die Diagnose ist bakteriologisch zu sichern. Bei Streptokokkenangina ist das Exsudat dünner, lockerer und weniger anhaftend als bei Diphtherie oder Pneumokokkenangina. Der Beginn der Krankheit ist meist plötzlich, oft mit Schüttelfrost, die Initialsymptome sind schwer, die Temperatur geht auf 40° und höher — ganz ähnlich dem Beginne der Pneumonie und unähnlich dem der anderen Halsaffektionen. Die Krankheitsdauer beträgt gewöhnlich 2—5 Tage; Kinder und Erwachsene werden von der Affektion befallen, die Prognose ist im allgemeinen ungünstig. Über die Therapie wird nichts weiter berichtet. Diphtherieseruminjektionen, die meist

wohl, wie auch in Verf.s Fall, auf Grund diagnostischen Irrtums verabfolgt werden, wirken naturgemäß nicht.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

17) **G. A. Wagner.** Über postoperative Parotitis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 52.)

Die postoperative Entzündung einer oder beider Ohrspeicheldrüsen ist erst seit 25 Jahren bekannt und wurde anfangs ausschließlich nach Ovariotomien beobachtet. Auffallenderweise tritt sie im Anschluß an Operationen auf, ohne daß sonst irgendein Eiterherd im Körper auffindbar wäre, vor allem bei völligem Mangel einer Infektion im Operationsgebiete. Meist beginnt sie am 5.—7. Tage nach der Operation unter plötzlichem Fieberanstieg, wenn auch bisher völlig normale Temperaturen vorhanden waren. Die Mortalität beträgt bei den reinen postoperativen Fällen (ohne Eiterung an der Operationswunde) 30%. An der Hand von 5 im Zeitraume von $2^1/_2$ Jahren in der v. Eiselsberg'schen Klinik beobachteten derartigen Fällen (2 Magen-, 2 Darmoperationen und 1 Cholecystektomie, 3 mit tödlichem Ausgange) bespricht W. eingehend die Ätiologie der Erkrankung. In allen 5 tödlich verlaufenen Fällen hatte sich zu der Parotitis eitrige Bronchitis mit Lobulärpneumonie resp. verjauchender Pneumonie hinzugesellt, während das Bauchfell frei von Entzündungserscheinungen war.

Es kommt die Parotitis postoperativa zweifellos durch Infektion vom Mund aus zustande. Wesentlich dabei ist die Sistierung der Speichelabsonderung während der Laparotomie, die Pawlow in seinen ausgezeichneten Versuchen nachgewiesen hat. Dieselbe hält auch nach Verschluß der Bauchhöhle an, selten kehrt sie dann schon zur Norm zurück. Hinzu kommt die Wirkung der Chloroformnarkose auf die Speicheldrüse (direkte Lähmung nach Berth) oder der Äthernarkose (Stillstand der Sekretion nach vorangegangener Hypersekretion Rüttermann). Zu diesen Momenten tritt dann nach Verf. wohl auch in manchen Fällen eine traumatische Schädigung, bedingt durch das Verhalten der Kiefer an den Kieferwinkeln während der Narkose durch den beständigen Druck der Finger des Narkotiseurs.

Wichtig ist die Forderung hinsichtlich der Prophylaxe: Gründliche Reinigung der Mundhöhle vor der Operation.

Hübener (Dresden).

---

18) **A. Fraenkel.** Über die Heilung ulzeröser Lungenprozesse, insbesondere des Lungenbrandes, auf operativem Wege.

(Med. Klinik 1905. Nr. 20.)

Für die Lösung der für die vorliegende klinische Abhandlung in Betracht kommenden Fragen muß man unterscheiden den akuten Lungenbrand von dem chronischen, ferner den Solitärherd und die vielfache und zerstreute Höhlenbildung. Das eigentliche Gebiet der Operation sind die akuten und zugleich solitären Formen. Die Probe-

punktion ist bei allen ulzerösen und besonders brandigen Lungenleiden zu verwerfen. Dagegen gehören zur einigermaßen sicheren Annahme einer solitären Lungengangrän: 1) umschriebene Dämpfung, 2) die in verhältnismäßig kurzer Zeit erfolgende Abstoßung reichlicher Lungengewebsteile, 3) der durch die Röntgenaufnahme gebrachte Nachweis, daß sich außer der durch Schalldämpfung festgestellten Verdichtung keine weiteren Herde in der Lunge befinden. Neuerdings überweist F. auch solche Fälle dem Chirurgen, bei denen sich Lungengewebe in weniger reichlichem Maß abstößt und nur ab und zu in mit bloßem Auge sichtbaren Teilen im Auswurf erscheint. Besonders günstig gestaltet sich der operative Erfolg, wenn zugleich ein putrides Empyem besteht. Bei sämtlichen Operierten der F.'schen Abteilung wurde von W. Körte einzeitig vorgegangen. — Von den Lungenabszessen heilen viele, besonders die nach Lungenentzündungen, von selbst aus. Daher ist die Operation erst nach anfänglichem abwartenden Verhalten am Platze. Für Fremdkörper empfiehlt sich die Bronchoskopie; ist hierfür der richtige Zeitpunkt verstrichen, so ist die Pneumotomie vorzunehmen. — Von den Bronchiektasien hält F. nur die umschriebenen sackförmigen zur Pneumotomie für geeignet. Zur Bemessung des Umfanges des Krankheitsprozesses ist auch hier vor der Operation neben Behorchung und Beklopfung die Durchleuchtung und Röntgenaufnahme nicht zu entbehren. — Eröffnung und Drainage großer tuberkulöser Höhlen, sowie ausgiebige Rippenresektionen zur Mobilisierung des die Kaverne umgebenden verdichteten Gewebes ohne ihre Eröffnung kommen nur für seltene Fälle in Betracht.

G. Schmidt (Berlin).

---

19) **H. A. McCallum.** Visceroptosis: its symptoms and treatment.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 18.)

Wenn die Senkung der Baucheingeweide überhaupt Symptome macht, so sind es in der großen Mehrzahl der Fälle diejenigen der Neurasthenie. Solche Fälle lassen sich nicht auf operativem Weg oder durch mechanisches Zurückhalten der gesenkten Organe behandeln, sondern nur durch eine Weir-Mitschell'sche Liegekur mit Massage, guter Ernährung und Suggestionsbehandlung. Über 90% der weiblichen Neurasthenie haben ihre Ursache in der Visceroptosis, hervorgerufen durch schlechte Haltung, fehlerhafte Bekleidung, unvollständige Ausnutzung der unteren Thoraxhälfte, Mangel an Fett und ungenügenden Tonus der Bauchmuskulatur. Auf alle diese unterstützenden Faktoren ist bei der Prophylaxe Acht zu geben, ganz besonders aber auf sorgfältige Wiederherstellung einer widerstandsfähigen Bauchwand im Wochenbette. Bei der Behandlung ist von großer Bedeutung: 4—8wöchige Rückenlage im Bette möglichst ohne Kissen, kühles Bad eine Stunde vor der Massage, allgemeine Massage mit besonderer Bevorzugung der Bauchmuskulatur, Erweiterung der unteren Thoraxteile, gute Ernährung für den Fettansatz, suggestive Beeinflussung. Zum

Schluß wendet sich Verf. nochmals energisch gegen alle gynäkologischen und chirurgischen Operationen, die eine Hebung und Befestigung gesenkter, prolabierter oder beweglicher Organe bezwecken.

W. Weber (Dresden).

---

20) **L. Aschoff.** Über die Bedeutung des Kotsteines in der Ätiologie der Epityphlitis.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 24.)

A. gründet seine Ausführungen in der Hauptsache auf das Rotter'sche Material, 130 Wurmfortsätze, von denen 102 systematisch untersucht wurden, insbesondere aber auf die 12 letzt eingesandten Fälle, bei welchen der Wurmfortsatz 7—48 Stunden nach dem Auftreten der klinischen Anzeichen herausgenommen und gehärtet worden ist.

Die Mehrzahl aller Appendicitisfälle kommt im steinfreien Wurmfortsatz durch eine unmittelbare bakterielle Infektion vom Darm oder vom Blute her zustande. Die Entzündungsvorgänge verlaufen hier in ganz ähnlicher Weise wie im steinführenden Wurmfortsatze. Lakunäre, pseudomembranöse, ulzeröse Entzündungen und Perforationen finden sich genau so vor wie bei Gegenwart eines Steines. Nur fallen sie, besonders die Perforationen, nicht immer so grob in die Augen und können oft nur mikroskopisch festgestellt werden. Die Heilungsvorgänge verlaufen auffallend rasch und führen je nach dem Grade der stattgehabten Zerstörung zur Obliteration, Narbenbildung der Schleimhaut mit wechselnder Neubildung von Drüsen oder zur Restitutio ad integrum. Mit der Mehrung der Frühoperationen häufen sich die Befunde steinfreier Wurmfortsätze. Unter Rotter's letzten Fällen fand A. nur selten gröber geformte Kotmassen, die vielleicht während des Lebens noch nicht einmal die Festigkeit erreicht hatten, um als Kotstein bezeichnet zu werden (Formolhärtung!). In der Mehrzahl der Fälle waren nur schmale Kotsäulen oder Krümelchen oder nur mikroskopische Spuren zu finden. In 2 von den 12 Wurmfortsätzen konnte auch mit dem Mikroskope nichts von Kot gefunden werden. — Die zum Anfalle führende Infektion kommt vielfach in ganz normalen Wurmfortsätzen zustande. Sie wird begünstigt durch eine Hypertrophie der Wurmfortsatztonsille, die ihren Ursachen nach uns vielfach ebenso unbekannt ist, wie die Hypertrophie der Mandeln, und die keine fortschreitende chronische destruierende Entzündung darstellt, die im sogen. Anfalle akut emporflackert. — Ebensowenig wie die Gallensteine an sich eine akute Cholecystitis hervorrufen, ebenso sind die Kotsteine an sich harmlose Gesellen. Wird aber ein steineführender Wurmfortsatz infiziert, so lokalisiert der Stein die Entzündung an bestimmter Stelle, er begünstigt ihren schwereren Verlauf, er verzögert die Heilung. — Eine nicht bakterielle, durch einfache Einklemmung eines Kotsteines hervorgerufene Reizung des Wurmfortsatzes mit kolikartigen Schmerzen, entsprechend der mechanisch-aseptischen Reizung

der Gallenblase beim eingeklemmten Gallenstein, ist, wenn überhaupt beweisbar, ein sehr seltenes Vorkommnis. **G. Schmidt** (Berlin).

---

21) **F. Bauer.** Frühzeitige Operation der akuten Appendicitis, um septischer Peritonitis oder Allgemeininfektion vorzubeugen oder solche zu begrenzen.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 13. [Deutsch.])

In der nordischen Gesellschaft für Chirurgie ist die Appendicitisfrage Gegenstand der Diskussion geworden (6. Kongreß zu Gothenburg v. J.). Verf., Anhänger der Frühoperation, der nebst Prof. Ali Krogius das Thema einleitete, hat seine Erfahrungen, die sich über 420 Fälle erstrecken, in der vorliegenden Arbeit niedergelegt. Er teilt die Fälle in Gruppen ein, die in Rücksicht auf die Praxis die Symptome als das Einteilungsprinzip festzuhalten suchen; weiter sind operierte und nichtoperierte Fälle tabellarisch verzeichnet; schließlich bekommt man eine Übersicht über die zwischen Erkrankung und Operation verflossene Zeit.

Auf einzelne Fragen näher einzugehen verzichtet dieses Referat; die Schlüsse, zu denen Verf. kommt, lauten:

1) Jeder Pat. mit akuter Appendicitis oder mit suspekter akuter Appendicitis wird am sichersten in einer chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses behandelt.

2) Je eher nach der Erkrankung er ins Krankenhaus aufgenommen wird und je vorsichtiger der Transport dahin vonstatten geht, desto größer ist die Aussicht auf seine Wiederherstellung.

3) Pat. mit nicht begrenzter Appendico-Peritonitis und Pat. mit hochgradiger Allgemeininfektion ohne Peritonitis müssen unbedingt operiert werden, und zwar so bald als möglich, am liebsten schon 2 Stunden nach der Erkrankung.

4) Pat. mit begrenzter Appendico-Peritonitis werden durch möglichst frühzeitige Operation, mit Entleerung des event. vorhandenen Eiters und Entfernung des Wurmfortsatzes, am sichersten auf einmal von der Krankheit und deren Ursache befreit.

5) Pat. mit akuter Appendicitis ohne oder mit sehr unbedeutender Affektion des Bauchfells und mit gelinden Allgemeinsymptomen können unter exspektativer Behandlung von den akuten Symptomen frei werden und werden dies gewöhnlich. Aber genaue pathol.-anatomische Untersuchungen und klinische Beobachtungen haben ergeben, daß ein Wurmfortsatz, der einmal Sitz einer Entzündung gewesen ist, niemals seine normale Beschaffenheit wieder erhält, daß ein Rezidiv sehr oft folgt, wann oder wie schwer, weiß man nicht.

Aus diesem Grunde und mit der Auffassung, daß jeder Pat., der einmal eine Appendicitis gehabt hat, von seiner Causa morbi befreit werden muß, auf Grund ferner der Gefahr für den Pat., mit welcher jede akute Appendicitis verbunden ist, selbst wenn sie klinisch leicht

zu sein scheint, entstand der Gedanke, gleich nach Einsetzen der akuten Krankheit den Wurmfortsatz zu beseitigen und den Pat. auf solche Art mit einem Schlage von der Krankheit und deren Veranlassung zu befreien. Diese Idee ist in späteren Jahren von immer zahlreicheren Chirurgen aufgenommen und ins Werk gesetzt worden. Diese Behandlung scheint auch Verf. die rationellste zu sein, die, mit der dem Pat. am besten gedient ist. — Doch hält Verf. eine exspektative Behandlung für zweckmäßig in den Fällen, welche bei der Aufnahme im Krankenhaus alle Anzeichen darbieten, daß der leichte Anfall im Rückgange begriffen ist.

6) Werden die Appendicitiden nach vorstehend angegebenen Gründen behandelt, so muß die Mortalität sehr gering werden.«

Hansson (Cimbrishamn).

---

22) **D. Armour.** The operation of gastro-duodenostomy, especially in reference to Finney's operation of gastro-pyloro-duodenostomy.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

Die Gastroduodenostomie bietet verschiedene Vorzüge gegenüber der Gastrojejunostomie: Der Mageninhalt gelangt an oder über der Eintrittsöffnung des Ductus choledochus und des Ductus pancreaticus in den Darm, der Rückfluß von Galle und Pankreassaft in den Magen im Sinne des Circulus vitiosus ist unmöglich, die Entstehung eines peptischen Geschwüres als Folge der neuen Fistelöffnung ist unwahrscheinlich wegen der normal vor sich gehenden Neutralisation des Mageninhaltes beim Eintritt ins Duodenum. Die Hauptanzeige für Anlegung einer Gastroduodenostomie ist die gutartige Pylorusverengerung. Verf. empfiehlt die von Finney 1902 beschriebene Änderung der Gastroduodenostomie: Bauchschnitt im rechten Rectus, Pylorus wird freigemacht, ebenso der erste Abschnitt des Duodenum. Diese Beweglichmachung von Pylorus und Duodenum ist die unerläßliche Vorbedingung für Ausführung der Operation. Anlegung von Seidenzügeln durch die obere Wand des Pylorus und je 12 cm abwärts an der vorderen Wand von Duodenum und Magen. Anspannung der Zügel. Fortlaufende sero-seröse Naht zwischen Magen und Duodenum. Zweite Reihe von Nähten (Matratzennähte) wird darüber gelegt, aber noch nicht geknüpft. Die Fäden werden mit Haken zur Hälfte nach oben, zur Hälfte nach unten gezogen. Hufeisenförmige Inzision durch Magen, Pylorus und Duodenum. Blutstillung. Abtragung überschüssiger Schleimhaut. Fortlaufende hintere muco-muskuläre Catgutnaht. Knüpfung der bereits gelegten Matratzennähte. Wenn nötig, kommen noch einige sero-seröse Knopfnähte hinzu. **W. Weber** (Dresden).

Kleinere Mitteilungen.

23) **Sargent** and **Dudgeon.** Emphysematous gangrene due to the bacillus aerogenes capsulatus.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. 2.)

Die Arbeit stützt sich auf fünf eigene einschlägige Beobachtungen, auf Grund deren Verff. folgende Bakterien als Ursache der Gasgangrän bezeichnen: 1) Bakt. aërogenes capsulatum, 2) Bakt. pseudooedematis maligni, 3) Bakt. coli, 4) Bakt. oedematis maligni.

Bei der Infektion mit Bakt. aërogenes capsulatum (zwei Fälle) betrug die Inkubationszeit 36 bezw. 40 Stunden, beim Bakt. coli 4 Tage, und in den beiden Fällen, in denen keine spezifische Bakterien isoliert werden konnten, 3 bezw. 12 Tage. Der klinische Verlauf der beiden ersten Beobachtungen entsprach einer schweren toxischen Erkrankung. Der äußere Befund bot in keinem der Fälle etwas Charakteristisches für die besondere Infektion.

Was die Therapie anlangt, so empfehlen Verff. für die Fälle, in denen eine Infektion mit Bakt. aërogenes capsulatum vorliegt, folgendes: Vermeidung des Tourniquets bei der Blutstillung und Anwendung der Digitalkompression; Verzicht auf primäre Wundnaht; ausgedehnter Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd.

Engelmann (Dortmund).

24) **J. Wainwright.** Clinical studies in blood-pressure and shok in traumatic surgery.

(Med. news 1905. März 25.)

Verf. hat bei 12 Fällen von Chok folgende Beobachtungen gemacht:

Der Riva-Rocci'sche Apparat bildet eine wertvolle Bereicherung für die Beurteilung des Chok und des Erfolges der angewandten Mittel.

Im Beginn des Chok ist der Blutdruck gesteigert, doch kommen die Verletzten in diesem Stadium nur selten in chirurgische Behandlung. Verf. berichtet über einen solchen Fall und hält diesen Zeitpunkt für eine Operation günstig. Aber auch auf der Höhe des Chok operierte Verf., weil er durch Beseitigung des zertrümmerten Gliedes das auslösende Moment ausgeschaltet zu haben glaubt.

Von Strychnin und Digitalin hält Verf. nicht viel. Mehr Wert schreibt er intravenösen Infusionen zu. Bei Morphiuminjektionen will er immer ein Ansteigen des Blutdruckes beobachtet haben. Diese und Einwicklungen der Extremitäten, wobei auch der Bauch mit einbegriffen sein soll, um das Splanchnicusgebiet zu entlasten, hat Verf. zur Bekämpfung des Chok vornehmlich angewandt. Drei Verletzte erlagen dem Chok.

Daß das ganze Krankheitsbild des Chok noch manches Dunkle enthält, bezeugen vier Fälle, in deren Verlauf die Blutdruckkurve exzessive Steigungen ergab, ohne daß diesen eine kurz zuvor angewandte therapeutische Maßnahme entspräche.

In einem Falle spricht Verf. von einem kardialen Chok (Howell), bei welchem der Puls bis auf 150 Schläge stieg, während der Blutdruck nichts Abnormes aufzuweisen hatte. **Hofmann** (Heidelberg).

25) **A. Sticker.** Erfolgreiche Übertragungen bösartiger Geschwülste bei Tieren.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 24.)

Das kgl. Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. gelangte vor 2 Jahren in den Besitz eines Penissarkoms eines Hundes. Die Übertragung der Neubildung — in die Unterhaut, Bauch-, Brust-, Mund-, Schädelhöhle, ins Auge und in den Knochen — gelang bis heute bei mehr als 60 Hunden und 2 Füchsen,

dagegen nicht bei Katzen, Mäusen, Ratten, Meerschweinchen. Die entstehenden Geschwülste stimmten mit dem typischen kleinzelligen Rundzellensarkom, dem Lymphosarkom des Menschen, völlig überein. Bei mehreren Hunden heilten die wiederholt experimentell erzeugten Sarkomgeschwülste immer wieder aus. Daraus schließt S.:

1) Es gibt bösartige Geschwülste — zu diesen gehört das Lymphosarkom des Hundes —, welche einer äußeren Ursache, und zwar überpflanzten Geschwulstzellen eines anderen Tieres ihre Entstehung verdanken.

2) Für gewisse bösartige Geschwülste ist der wissenschaftliche Beweis erbracht, daß sie in die Reihe derjenigen Krankheiten gehören, durch deren Überstehung der Körper eine Immunität erwerben kann. **Georg Schmidt** (Berlin).

26) **L. Zupnik.** Über gattungsspezifische Behandlung der Aktinomykose.

(Aus dem Verein deutscher Ärzte in Prag, Sitzung vom 28. Oktober 1904.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 49.)

Bei einem 18jährigen Knaben, der an einer ausgedehnten inoperablen Bauchaktinomykose litt, war die wochenlange Darreichung von Jodpräparaten innerlich und dann nach dem Verfahren von Lieblein völlig erfolglos geblieben. Der ganze rechte und die Hälfte des linken unteren Bauchquadranten waren von der Geschwulst eingenommen. Im Laufe von 6 Monaten bekam der Kranke 30 Injektionen von Tuberkulin, steigend von 0,0002 ccm bis zu 3,5 ccm pro dosi. Die ersten Injektionen hatten allgemeine und lokale Erscheinungen zur Folge. Die Geschwulst hat sich in ihren Flächendimensionen um die Hälfte verkleinert; von den vorhanden gewesenen vier Fisteln sind zwei geschlossen, die dritte ist im Verschluß begriffen; eine derselben liegt bereits außerhalb der Geschwulst. Die früher vom Mastdarm aus leicht zu erreichen gewesene Geschwulst ist von hier nicht mehr zu tasten. Gewichtszunahme während der Behandlung über 5 kg. **Hübener** (Dresden).

27) **Dopter.** Über einen Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Der Fall betraf ein 2jähriges Kind mit einer 12 cm langen und 3 cm breiten Brandwunde zweiten Grades am Unterarme. Bald nach Gebrauch der 10%igen Borsalbe, von der ca. 80 g (8 g Borsäure) verwandt worden sind, erkrankte es an einem scharlachähnlichen Ausschlage, der an Händen und Füßen bläulichschwarze Verfärbung und petechienartiges Aussehen zeigte, dann an Erbrechen und Durchfall und starb am 4. Tage unter rapidem Kräfteverfall, ohne daß Fieber aufgetreten war. Mund- und Nasenschleimhaut waren normal, der Sektionsbefund negativ. (Harnack-Halle führt, ebenso wie D., den Tod auf Borsäurevergiftung zurück, s. Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 22. Ref.) **Kramer** (Glogau).

28) **Bowlby** and **Andrewes.** A second case of cutaneous anthrax successfully treated by Sclavo's serum without excision.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 11.)

Bei einem 30jährigen Roßhaararbeiter, der mit einem typischen Milzbrandkarbunkel an der Stirn im St. Bartholomews Hospital aufgenommen wurde, wird ohne Versuch operativer Beseitigung oder sonstiger Beeinflussung des Anthrax am 5. Tage nach Beginn der örtlichen Symptome das Serum von Prof. Sclavo (Siena in einer Menge von 40 ccm unter die Bauchhaut gespritzt. Vom nächsten Tage ab normale Temperaturen, Erniedrigung der Pulszahl, Verschwinden der Drüse am Kieferwinkel, aber für etwa 48 Stunden Zunahme des Ödems. 14 Tage nach der Einspritzung verließ Pat. völlig geheilt das Hospital. Von ganz besonderer Bedeutung ist in diesem Falle, daß es schon 19 Stunden nach der Injektion nicht mehr möglich war, Anthraxbazillen kulturell nachzuweisen; nur Staphylokokken wuchsen auf dem Nährboden. (S. den Fall von Andrewes in Nr. 26 ds. Bl.)

W. Weber (Dresden).



29) **R. A. Stoney.** Two cases of tetanus treated by antitetanic serum.
(Lancet 1904. April 29.)

Zwei Fälle von Wundtetanus mit 17- resp. 18tägiger Inkubation. In beiden Fällen dieselbe Behandlung: Serum (Pasteur)-Injektionen, große Dosen Bromkali mit Chloralhydrat per rectum. Der Ausgang im ersten Falle: Tod nach 60 Stunden, im zweiten Heilung. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Resultate der Behandlung vom Grade der Infektion abhängig sind und therapeutisch bislang durch die Serumbehandlung nichts geleistet werden kann. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

30) **G. C. Severeanu** (Bukarest). Die Radiotherapie des Krebses.
(Revista de chir. 1905. Nr. 2.)

Verf. gibt eine Übersicht der Röntgentherapie und fügt sieben Fälle eigener Beobachtung hinzu. In fast allen handelte es sich um Epitheliome. Die angewendete Methode war die Morton'sche der Hystofluoreszenz, bestehend in der Chininisierung der Kranken, der auch die arsenikale Therapie hinzugefügt wurde. Pat. erhielten täglich eine intramuskuläre Einspritzung von: Chinin. dihydrochlor. 0,40, Natr. arsenicos. 0,01, Aq. destill. 1,00, und wurde beobachtet, daß bei Kranken, welche ausschließlich der Radiotherapie ausgesetzt wurden, die Neubildung sehr langsam zurückging, während bei denjenigen, welche obige Einspritzungen erhielten, eine rasche Rückbildung stattfand, und gleichzeitig auch der Allgemeinzustand sich besserte. Der Rückgang der Neubildung stand also in engem Zusammenhange mit den vorgenommenen Injektionen. Im allgemeinen stellt die Radiotherapie eine vorteilhafte und ungefährliche Behandlung der bösartigen Geschwülste dar, durch welche man in vielen Fällen Heilung, in anderen jedenfalls Verminderung der Schmerzen erzielen kann. Die Mißerfolge dürfen weniger der Methode, als der fehlerhaften Anwendung derselben, dem ungünstigen Boden und der noch ungenügenden Kenntnis dieses neuen therapeutischen Agens zugeschrieben werden.

E. Toff (Braila).

31) **J. S. Wight.** Intracranial traumatic hemorrhage.
(Med. news 1905. April 15.)

Unter Berücksichtigung einiger einschlägiger Literaturfälle wird ein Fall von subduralem Hämatom beschrieben, welcher sich durch sein überaus langes Intervall auszeichnet.

Der 52jährige Pat. fiel vom Wagen und war einige Minuten bewußtlos. Am 2. Tage stellten sich linksseitige Hemiplegie ein, sowie Erbrechen, jedoch kein Druckpuls. Die Lähmung besserte sich, so daß Pat. nach 3 Wochen das Bett verließ. Nach 2 Monaten stellte sich die Hemiplegie wieder ein. Nach $3^1/_2$ Monaten wurde das Allgemeinbefinden zusehends schlimmer, und 2 Wochen später traten die bedrohlichen Symptome eines unzweifelhaften rechtsseitigen Hämatoms auf. Die Operation wurde verweigert und Pat. ging zugrunde.

Die Autopsie enthüllte ein $^1/_8$ des Hirnvolumens betragendes subdurales Blutgerinnsel, welches die obere Hälfte der rechten Hemisphäre einnahm und verschiedene Stadien frischer und alter Blutung bot. **Hofmann** (Heidelberg).

32) **L. Strominger** (Bukarest). Ausgebreitetes Angiom der linken Hirnhälfte.
(Spitalul 1905. Nr. 6.)

Der an Hemiplegia infantilis leidende Pat. bot einen Naevus vascularis der linken Gesichtshälfte dar, welcher sich über die Stirn bis zur Parietalnaht, die Nasenhälfte, das linke Ohr und die Oberkiefergegend erstreckte. Die Nekropsie zeigte, daß auch die Meningen der betreffenden Hirnhälfte eine bedeutende Verdickung und abnorme Vaskularisation darboten, also gleichsam denselben Prozeß, den man auf dem Gesichte sah. Diese Hirnhemisphäre war viel kleiner als die andere, auch waren die Windungen viel weniger entwickelt.

E. Toff (Braila).



33) **C. K. Mills.** The diagnosis of tumors of the cerebellum and the cerebellopontile angle, especially with reference to their surgical removal.

34) **C. L. Dana.** The cerebellar seizure (cerebellar fits), a syndrome characteristic of cerebellar tumors.

35) **C. H. Frazier.** Remarks upon the surgical aspects of tumors of the cerebellum.

36) **T. H. Weisenburg.** The pathology of cerebellar tumors.

37) **J. Fränkel.** The diagnosis of cerebellar tumors.

38) **G. E. de Schweinitz.** The ocular symptoms of cerebellar tumor.

39) **E. Lodholz.** The function of the cerebellum.

40) **J. M. Swan.** Report of a case of cyst of the cerebellum.

Als »Symposium« über Kleinhirngeschwülste bringt das New York and Philadelphia med. journ. in den Nr. 6 und 7 (Februar 1905) obige Arbeiten, unter denen besonders die von Mills und Frazier durch ausführliche Mitteilungen über sechs eigene gemeinsame Beobachtungen für den Chirurgen von Interesse sind.

Diese Fälle sind kurz folgende:

1) Haselnußgroße Geschwulst in der linken Hälfte des Kleinhirns, operativ geheilt von allen Erscheinungen bis auf fast völlige Blindheit, die schon vorher bestanden hatte (Neuritis optica).

2) Ein ähnlicher Fall (walnußgroßes Gliom), aber Rezidiv.

3) Geschwulst nicht gefunden, zweite Operation auf der anderen Seite vorgeschlagen, aber abgelehnt.

4) Geschwulst nicht gefunden. Exzision eines Teiles der einen Hemisphäre. Wesentliche Besserung.

5) Operation vor Eröffnung der Dura abgebrochen wegen starken Blutverlustes (aus zwei abnormen Sinus bezw. abnorm großen Emissarien); Pat. erholt sich, 12 Stunden später wird gemeldet, daß es ihm sehr gut geht; 10 Minuten darauf plötzlicher Tod. Ursache nicht aufgeklärt (Autopsie verweigert).

6) Im wesentlichen erfolgreiche Entleerung einer Cyste im Winkel zwischen Kleinhirn und Brücke, die intensivste Schmerzen und Lokalerscheinungen im Bereiche des 5.—8. linken Hirnnerven gemacht hatte.

Mills bespricht auf Grund sehr sorgfältiger Untersuchungen an diesen Fällen und an der Hand der Literatur die Symptomatologie der Kleinhirngeschwülste: die Allgemeinsymptome (Kopfschmerzen, verschieden lokalisiert, können sehr heftig sein, fehlen sehr selten ganz; Übelkeit und Erbrechen häufig, können aber längere Zeit aussetzen; Stauungspapille sehr häufig, meist stark progredient; Schwindel) und die Herdsymptome (Nystagmus, sehr häufig, bei Sitz der Geschwulst an verschiedenen Stellen; ist aber ein unsicheres Symptom, das keinen lokalisatorischen Wert zu haben scheint; Hemiasynergie inkonstant; Koordinationsstörungen graduell sehr verschieden). Als besonders wertvoll für die Seitendiagnose hat sich M. das echt zerebellare Symptom der halbseitigen Muskelschwäche ergeben: bei Neigung des Kranken, z. B. auf die linke Seite zu fallen, spricht Muskelschwäche der linken Seite mit Neigung der Augen, nach rechts abzuweichen, für linksseitige Geschwulst (Ausfallserscheinungen); umgekehrt, wenn Reizerscheinungen bestehen: Krämpfe auf der Seite der Geschwulst, Fallen nach der anderen, Neigung der Augen, nach derselben Seite abzuweichen. Bei einer medianen Geschwulst fiel der Kranke immer nach hinten, nie zur Seite. Hier gelten dieselben Gesetze: bei Sitz der Geschwulst vorn am Wurm bei destruierender Wirkung Fallen nach vorn, bei Reizwirkung Fallen nach hinten; sitzt die Geschwulst hinten, dann umgekehrt. Meistens scheinen die Geschwülste destruktiv, seltener irritativ zu wirken.

Bei Geschwülsten im Winkel zwischen Brücke und Kleinhirn treten besonders markante Erscheinungen auf, wenn die Hirnnerven beteiligt sind (5. bis 8.). Sie

können auch der Ausgangspunkt der Geschwülste sein (Fibrome des Acusticus relativ häufig, sie sind meist frei von Verwachsungen und deshalb noch am ehesten operabel).

L. Dana beschreibt an der Hand von mehreren Fällen als cerebellar seizure oder fots (Kleinhirnanfall) einen Zustand, der nach seiner Meinung nicht selten bei Geschwülsten im Winkel zwischen Kleinhirn und Brücke (z. B. bei den Acusticusfibromen) vorkommt und für sie charakteristisch ist: lautes, intensivstes Ohrenklingen oder -sausen oder knackende Geräusche; Verlust des Gleichgewichtes, meist ohne Schwindelgefühl, mit oder ohne Zwangsbewegungen; plötzliches Hinstürzen in irgendeiner Richtung; manchmal plötzliche Blindheit und Bewußtlosigkeit; in schweren (meist den späteren) Anfällen tonische Krämpfe, mit Überwiegen der Extensoren. Dauer des Anfalles 1—2 bis 5—10 Minuten. Vom Labyrinthschwindel unterscheidet ihn das plötzliche Hirnstürzen, die Bewußtlosigkeit, die tonischen Krämpfe, die beim reinen Labyrinthschwindel sehr selten sind; ferner fehlt bei den Kleinhirnanfällen das bei diesem oft so quälende subjektive Schwindelgefühl.

Frazier schildert bei den anatomischen Vorbemerkungen die Schwierigkeiten der Operationen am Kleinhirn und fordert, gerade weil der Eingriff bei seiner Schwere einen noch widerstandsfähigen Organismus voraussetzt, daß man zur Operation schreiten soll, sobald die Diagnose leidlich sicher ist. Wartet man ab, bis die Lokalisation zweifellos wird, dann kommt man fast immer zu spät. Sollte die Operation nicht zur Entfernung der Geschwulst führen, so ist sie auch als Palliativoperation gerechtfertigt durch den elenden Zustand des Kranken (Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel) und indiziert durch die drohende Erblindung (Neuritis optica): Entfernung eines beträchtlichen Teiles einer Hemisphäre hat in einem eigenen Falle (4) bedeutende Besserung gebracht, in einem Falle von Krause 3 Jahre relativen Wohlbefindens.

Zur Operation kommt Pat. in Rückenlage, Kopf und Schultern ziemlich hoch. Den Kopf hält eine gabelförmige Kopfstütze (Abbildungen). Der gelegentlich recht schwierigen Stillung der Blutung aus den Weichteilen und abnorm großen Emissarien (Fall 5) widmet F. eingehende Besprechung. Von der Bildung eines osteoplastischen Lappens sieht auch er ab.

Nach Herabklappen des Querlappens wird eventuell die Hemisphäre inzidiert. Sitzt die Geschwulst vermutlich im Kleinhirn-Brückenwinkel, versucht F. zuerst, das Kleinhirn mit einem Retraktor medianwärts zu halten; denn von der lateralen Seite her entlang dem Os petrosum erhält man den besten Zugang, zumal wenn die Knochenöffnung lateralwärts möglichst erweitert ist. Gibt das keinen freien Zugang, dann reseziert F. einen beträchtlichen Teil der Hemisphäre — statt der gefährlichen Ventrikelpunktion und statt des ebenso gefährlichen Bohrens mit dem Finger. Diese Resektion (s. o. Palliativoperation, Fall 4) wird sehr gutvertragen[1]. Für doppelseitiges Vorgehen zieht F. vor in zwei Sitzungen zu operieren. Die Unterbindung eines Sinus transversus möchte er vermieden sehen. Seine Resultate sind oben angeführt. Er folgert daraus, daß die Scheu vor Kleinhirnoperationen noch zu groß sei. Die Gefahren liegen in erster Linie in Verletzungen des Pons durch Zerrung und Druck und können zum guten Teile vermieden werden, z. B. bei den Geschwülsten am Kleinhirn-Brückenwinkel durch die soeben beschriebene Technik. Die Schwere des Eingriffes erschien nicht größer, wenn eine Geschwulst entfernt wurde, als bei den rein explorativen oder palliativen Operationen. Im ganzen wurden sie merkwürdig gut überstanden, mit Ausnahme des Falles 5, bei dem die Todesursache nicht aufgeklärt, jedenfalls aber nicht auf Manipulationen am Kleinhirn zu beziehen ist (Dura gar nicht eröffnet).

Eine Tabelle, 116 Fälle aus der Literatur umfassend, zeigt die Besserung der Resultate: die Zahl der erfolgreichen Operationen steigt, die Mortalität ist von 70 auf 38% gesunken. F. glaubt, daß die Resultate sich noch bessern, wenigstens in der Hand derer, die diesen Operationen besondere Sorgfalt widmen.

---

[1] Den Vorschlag Krause's, durch Neigung des Kopfes auf die kranke Seite Raum zu schaffen, erwähnt F. nicht.



Aus den Mitteilungen von v. Schweinitz interessiert besonders die Frage der Stauungspapille, die in 85—90% von Kleinhirngeschwülsten vorkommt, und zwar fast immer doppelseitig, meist auch beiderseits gleich stark (stärkere Ausbildung auf einer Seite ist für die Seitenlokalisation diagnostisch nicht zu verwerten). Für die Indikation zum Operieren ist zu beachten, daß die Geschwulst nicht selten rasch einen hohen Grad erreicht und in wenigen Tagen zur Erblindung führen kann. Fast die Hälfte der Kranken erblindet. S. kann aus eigenen Erfahrungen die Beobachtungen von Sänger u. a. bestätigen, daß die Neuritis optica auch nach palliativen Operationen zurückgehen kann, offenbar durch Herabsetzung des Druckes. Schon das kann (s. o. bei Frazier) eine Indikation zum Trepanieren geben.

Von Augenmuskellähmungen ist am häufigsten der Abducens, ein- oder doppelseitig, betroffen. Häufig sind auch assoziierte Lähmungen, meist der Art, daß die Augen nicht nach der Seite der Geschwulst bewegt werden können (cf. oben bei Mills: Ausfallserscheinung). Charakteristisch, wenn auch seltener, ist Nystagmus, der nur auftritt bei Blickrichtung nach der Seite der Geschwulst.

Weisenburg bringt, ohne auf die feineren mikroskopischen Verhältnisse einzugehen, eine Übersicht über das einschlägige Material der Pennsylvanischen Universitätssammlung, in der auch ein Teil der besprochenen Fälle enthalten ist. Er bespricht auch die Fälle, wo die Symptome einer Geschwulst bestanden hatten, sich aber keine Geschwulst fand, ferner besonders die Geschwülste, die keine Symptome gemacht hatten.

Fränkel bespricht kurz die diagnostisch wichtigen Punkte, bei weitem nicht so eingehend wie Mills.

Lodholz gibt eine Übersicht über die physiologische Bedeutung des Kleinhirnes mit einem Rückblick auf die historische Entwicklung unserer Kenntnisse.

Swan's Beitrag ist kasuistisch: Krankengeschichte und Sektionsbericht über einen rasch tödlich verlaufenden Fall von großer Cyste im Kleinhirne (nicht operiert).

Auf viele Einzelheiten konnte hier nicht eingegangen werden, ihr Studium ist den Interessenten dadurch erleichtert, daß die vorstehenen Arbeiten auch im Zusammenhang als Monographie herausgegeben sind unter dem Titel: »Tumors of the cerebellum by C. K. Mills, C. H. Frazier, G. E. de Schweinitz, T. H. Weisenburg, E. Lodholz«. New York, A. R. Elliot, 1905.

Lengemann (Bremen).

41) J. Preindlsberger. Zur Exstirpationen von Neoplasmen der Tonsille.

(Wiener klin. Rundschau 1904. Nr. 48.)

Verf. hat sich, um eine bösartige Neubildung der Mandel zu resezieren, eines queren Weichteilschnittes am Halse bedient und hat dann, um den Zugang zu erleichtern, den Angulus mandibulae nach Ablösen einiger Masseterfasern reseziert, ohne daß dabei die Kontinuität des Unterkiefers unterbrochen wurde. Das durch bequeme Nachbehandlung ausgezeichnete Verfahren wird zur Nachahmung empfohlen. **Schmieden** (Bonn).

42) H. Rieffel (Paris). Sur les appendices branchiaux du cou.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1905. April.)

In dem betreffenden Falle, welcher R. Anregung zu seiner Studie über die Kiemenauswüchse des Halses gab, handelte es sich um einen 6½jährigen Knaben, welcher eine kleine, aufrechtstehende Geschwulst über dem linken Kopfnicker, 3 cm oberhalb des Sternoclaviculargelenkes, darbot. Dieselbe war 2½ mm lang, 7—8 mm dick und ähnelte einem leichtgebeugten Finger. Die Spitze des Auswuchses war weich, während in den unteren zwei Dritteln unter der Haut ein hartes, knorpliges Gewebe zu fühlen war. Der Auswuchs war angeboren, viel kleiner aber und ist im Laufe der Jahre gewachsen.



Bei der Abtragung zeigte es sich, daß kein Stiel in die Tiefe gegen Kehlkopf, Luftröhre oder Carotisgegend ging, und daß der Kern der Geschwulst von einer gegen das Ende hin gabelig geteilten Knorpellamelle gebildet war. Das Zellgewebe war sehr gefäß- und namentlich venenreich.

R. hat noch 37 ähnliche Fälle aus der Literatur zusammenstellen können; und zwar trat die Geschwulst 27mal einseitig und 10mal doppelseitig auf. Ihr Sitz liegt gewöhnlich 2—3 cm oberhalb des Sternoclaviculargelenkes, selten höher, niemals aber über die Höhe des Zungenbeines hinaus.

Diese angeborenen Anhänge entspringen immer über dem vorderen Rande des Kopfnickers und beruhen auf einer Störung in der Entwicklung des zweiten Kiemenbogens. Die Art ihres Zustandekommens ist noch wenig erklärt, möglicherweise handelt es sich um eine embryonale Neubildung, wie dies schon Virchow angenommen hat, beruhend auf einem Trauma oder einer sonstigen intra-uterinen Schädigung. **E. Toff** (Braila).

43) **Riis.** Erfolgreiche Strumektomie bei doppelseitiger Pneumonie.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Nachdem kurz über neun Fälle hochgradiger Veränderungen der Luftröhre durch Kropf bei Erwachsenen und zwei Fälle von Kompression der Luftröhre durch Kropf bei der Geburt, die Verf. aus der Literatur herausgreift, referiert ist, wird ausführlich die Krankengeschichte einer von Helferich operierten Frau wiedergegeben, die bei bestehender Kompression der Luftröhre durch Kropf an Lungenentzündung erkrankte. Durch die operative Entfernung des linken Kropflappens, der die Luftröhre ringförmig umschloß, wurde zunächst Besserung des Allgemeinzustandes erzielt; durch Weiterschreiten des pneumonischen Prozesses und eine am 4. Tage nach der Operation auftretende linksseitige Hemiplegie trat am 6. Tage post operationem der Tod ein. **Dettmer** (Bromberg).

44) **Skala.** Primärer Luftröhrenabszeß, Luftröhrenschnitt, Heilung.

(Wiener klin. Rundschau 1904. Nr. 41 u. 42.)

Verf. hat bei einem 14jährigen Mädchen die Tracheotomie ausgeführt, wegen schnell zunehmender Dyspnoe, zuletzt verbunden mit Fieber und Schüttelfrost. Es fand sich gegenüber der Tracheotomiewunde in der häutigen Hinterwand der Luftröhre ein stenosierender Abszeß, dessen Eiter Streptokokken enthielt. Es werden die differentialdiagnostischen Möglichkeiten erwogen, und die Frage, ob es sich um einen Fremdkörperabszeß oder um einen von Nachbardrüsen ausgehenden Abszeß handelte. Die Ätiologie war in diesem Fall unklar. Es trat schnell volle Heilung ein; Dekanülement am 5. Tage. **Schmieden** (Bonn).

45) **E. Fränkel.** Über traumatische Herzklappenzerreißung. (Aus dem pathologischen Institute des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

Ein 68jähriger Mann war vom Gerüste der 5. Etage eines Neubaues auf ein darunter befindliches Schutzdach mit der linken Seite aufgefallen und wurde sterbend in das Krankenhaus eingeliefert. Die Sektion ergab, abgesehen von Brüchen an sämtlichen Rippen der linken Seite mit Zerreißung der Pleura und Hämatothorax, sowie von vielfachen Einrissen an Milz, Leber, Nieren und einem Beckenbruch usw., eine partielle Zerreißung des vorderen Klappensegels der völlig gesunden Pulmonalis mit frischer hämorrhagischer Infiltration der Rißränder; die Lungenkapillaren waren mit Fetttröpfchen ausgedehnt verstopft. Verf. nimmt an, daß es durch den jähen Fall des Mannes aus beträchtlicher Höhe auf die linke Brustseite zu einer höchst akuten Raumbeengung der letzteren unter gleichzeitiger, kurzdauernder Verdrängung des Herzens nach rechts mit nachfolgender Steigerung des Blutdruckes im Gebiete der Arteria pulmonalis, Behinderung des Abflusses des Blutes aus den Lungen und dadurch zu einer Überfüllung der Art. pulmonalis und Zerreißung ihrer Klappe gekommen sei. **Kramer** (Glogau).

46) **F. Ehrlich** (Stettin). Entfernung eines Knochensplitters aus der Speiseröhre im Ösophagoskop durch »untere Ösophagoskopie«.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

Der über 3 cm lange und $^1/_2$ cm breite Splitter saß in der Cardia fest. Bei den ersten Versuchen seiner Extraktion durch das in die Speiseröhre eingeführte Ösophagoskop kam es zu starker Blutung, so daß die Versuche abgebrochen werden mußten. Da die Körpertemperatur stieg und eine Infektion vermutet werden mußte, wurde tags darauf die Ösophagotomie gemacht und von der Wunde aus ein kürzeres Ösophagoskop eingeführt. Nunmehr gelang es, durch die bis zur Cardia reichende Röhre mit einer Zange den Knochen zu fassen und herauszuziehen, ohne daß eine Blutung erfolgte. Pat. fieberte noch ca. 3 Wochen danach, wurde aber schließlich vollständig wieder hergestellt. **Kramer** (Glogau).

47) **Johnston.** A case of bilateral diffuse virginal hypertrophy of the breasts.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. 2.)

In des Verf.s Fall handelte es sich um ein Mädchen von 16 Jahren, bei der die Hypertrophie mit dem 12. Jahre begonnen hatte. In der letzten Zeit war es durch schnelles Wachstum zu Atemstörungen gekommen. Nach der Amputation erholte sich Pat. schnell.

Diese, bei Beginn der Pubertät einsetzende echte Hypertrophie der Mamma ist sehr selten; aus der Literatur konnte der Verf. nur 30 analoge Beobachtungen zusammenstellen. **Engelmann** (Dortmund).

48) **L. Samelson-Kliwansky.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Mammacysten mit butterähnlichem Inhalte.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIX. p. 76.)

Die frische Schnittfläche der Brustdrüse zeigte zahlreiche rundliche und längliche Hohlräume mit fettig-schmierigem Inhalt. Als Ursache für die Entstehung der Cysten konnte eine Obliteration der größeren Milchgänge nachgewiesen werden, hervorgerufen durch Bindegewebswucherung in ihren Wänden. In den Endbläschen fand sich eine Epithelproliferation und teilweise eine Desquamation der stark vergrößerten, protoplasmareichen Epithelzellen, welche in der Lichtung in einen fettig-schmierigen kernlosen Brei zerfallen waren und so den Inhalt der Cysten bildeten. In der Umgebung der Cysten fand sich eine starke kleinzellige Infiltration als Zeichen chronischer Entzündung. Hinsichtlich der sehr genauen mikroskopischen Untersuchung muß auf das Original verwiesen werden. **Doering** (Göttingen).

49) **Heinemann.** Weitere Beiträge zur sogenannten Autoplastik nach der Radikaloperation des Carcinoma mammae.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Seit 1902 — über die bis dahin ausgeführten Autoplastiken hat Göbell bereits früher berichtet — sind in der Kieler Klinik an sechs weiteren Fällen von Brustkrebs die bei der Radikaloperation entstandenen großen Defekte dadurch gedeckt, daß die andere Brustdrüse herüber gelagert wurde. Helferich umschneidet die zu transplantierende Mamma durch einen nach außen konvexen Schnitt, der in der vorderen Axillarlinie bis zum Pectoralisrand aufwärts geführt wird, wodurch der abgelöste Lappen eine breite Basis erhält, die seine Ernährung sichert. Die erzielten Resultate waren sehr zufriedenstellend, indem die transplantierte Mamma in allen Fällen gut anheilte, wenn auch öfter Durchschneiden von Nähten und Nekrose von Wundrändern beobachtet wurde. **Dettmer** (Bromberg).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 29. Sonnabend, den 22. Juli. 1905.

1) **H. Doering.** Über das Verhalten der Hämolysine bei schweren Hautverbrennungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

D. veröffentlicht die Resultate seiner Versuche, welche ergeben, daß der Organismus die im Normalzustande ziemlich konstanten Lysinwerte auch bei schweren Verbrennungen beibehält, und daß bei dieser Verletzung gegen die eigenen Erythrocyten wirksame Lysine nicht entstehen. Ferner gelang es dem Verf. folgende merkwürdige Tatsache zu konstatieren. Bei einem schweren Falle von urämischem Koma zeigte es sich, daß der Zusatz einer bestimmten Menge dieses urämischen Serums, das von seinem Komplement befreit war, zur gleichen komplementhaltigen Serummenge des Urämischen eine schädliche, hindernde Wirkung auf das Lysin des Serums gegen Erythro-

cyten des Kaninchens ausübte. Aus weiteren Versuchen ging hervor, daß 1 ccm urämisches Inaktivserum die hämolytische Kraft von 0,1 ccm urämischen Aktivserums desselben Individuums völlig aufhob. Eine ausreichende Erklärung für dies Phänomen im Sinne von Ehrlich's Theorie konnte D. nicht geben.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

2) **H. Gross.** Die Lymphangiektasie der Leiste und andere Folgeerscheinungen der Lymphstauung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

Nach einer Vorbemerkung des Verf. handelt es sich in vorliegender Arbeit um eine Studie, welche einen Zyklus von Aufsätzen eröffnen soll, welche der Erforschung der lymphektatischen Prozesse dienen werden. Sie soll über die französische Auffassung der lymphektatischen Prozesse orientieren und an ihr Kritik üben, soweit das aus lediglich französischen Auslassungen gewonnene Material eine solche erlaubt. Sie beschäftigt sich deswegen vor allem mit der Adenolymphokele, mit welcher die französischen Chirurgen die anatomische Vorstellung eines Lymphdrüsenangioms verbinden. Die Lehre über diese Adenolymphokele ist von Nélaton begründet, das Ansehen dieses Forschers hat wohl andere Autoren daran gehindert, seinen Irrtum zu beseitigen und der richtigen Auffassung Bahn zu brechen. Die vorliegende Studie bringt ein sehr umfangreiches Material, an welchen sie Kritik übt. Sie im Detail zu referieren, ist unmöglich bei der Fülle von Einzelheiten, die im Original nachzulesen sind.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

3) **F. Lange** (München). Die Bedeutung des Röntgenbildes für die Orthopädie.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17 u. 18.)

L. beschreibt zunächst kurz die von ihm zum Photographieren und Durchleuchten benutzte, in ihrer einfachsten Form einem Bücherbrett ähnliche, sehr praktisch erscheinende Blende, die dem Tisch mit dem Polyphos-Röntgenapparat angepaßt ist und sich ausgezeichnet bewährt hat. Seitdem L. mit dieser Blende arbeitet und zur Vergleichung auch die gesunde Seite mitphotographiert, ist es ihm gelungen, auch für die Diagnose von Knochentuberkulose durch das Röntgenbild wertvolle Aufschlüsse zu erlangen und für ihre Prozesse und Therapie Anhaltspunkte zu gewinnen, insofern als der Kalksalzmangel in den an den tuberkulösen Knochenherd angrenzenden, anscheinend gesunden Knochenpartien ganz verschwommene Röntgenbilder veranlaßt, und aus dem Grade dieser Verwischtheit des Bildes ein Schluß auf den Grad der Erkrankung gezogen werden kann. Da sich der Kalkmangel oder die beginnende Zerstörung im Röntgenbilde deutlich erkennen läßt, die Zunahme des Kalkes die fortschreitende Heilung zeigt, erhält man somit auch einen Fingerzeig, wann von der bei der

Behandlung angewandten Entlastung eines kranken Gliedes abgesehen, das Gelenk völlig freigegeben werden darf. Außerdem hofft L. aber auch, daß »dank dem Röntgenbilde die verstümmelnde Operation der Resektion bei den tuberkulösen Gelenken der Kinder allmählich immer noch mehr eingeschränkt werden wird«, bei welchen mit der orthopädischen Behandlung mit Gehverbänden usw. vorzügliche Resultate erreicht werden. Auch bei den Folgezuständen der Gelenktuberkulosen, bei den steifen Gelenken leistet das Röntgenbild, indem es über das Bestehen einer knöchernen Verwachsung der Gelenkenden, bezw. über das Fehlen einer solchen, Sicherheit bringt und demnach die Behandlung bestimmt, gute Dienste. Im weiteren hebt L. die wichtigen Aufschlüsse hervor, die das Röntgenbild gewährt, über die Entstehung und Anatomie der angeborenen Hüftverrenkung, über die Einfachheit der Behandlung mittels fixierenden Beckenringes bei bloßer Neigung des Schenkelkopfes zu Subluxation wegen abnormer Flachheit der Pfanne, über die Zwecklosigkeit solcher Therapie bei Stand des Kopfes außerhalb der Pfanne, über die Notwendigkeit seiner unblutigen Einrenkung mit nachfolgender, eine straffe Anspannung der unteren Kapsel bezweckender Abduktions- und Innenrotationsstellung des Schenkels in einem eng an den Trochanter anmodellierten Verband. Auch bei Knochenbrüchen, sowohl für die Diagnose derselben (Brüche der Metatarsen als Ursache der »Fußgeschwulst der Soldaten«, Schenkelhalsbrüche der Kinder usw.), wie auch für die Behandlung ist das Röntgenbild von größter Bedeutung. Mit seiner Hilfe gelingt es, eine gute Stellung des gebrochenen Knochens zu erzielen. Das ist L. dadurch gelungen, daß er die Extensionsbehandlung mit der Einschließung des gebrochenen Gliedes in einen — zur Verbesserung der Stellung der Bruchstücke unter Kontrolle durch das Röntgenbild — abnehmbaren, möglichst leichten zirkulären Verband (Zelluloid-Stahldrahtverband, über einem in Extension gearbeiteten Gipsmodell hergestellt) kombinierte. Der Ausfall des Röntgenbildes ermöglicht es, zu entscheiden, ob die ambulante Behandlung in solchem Verbande zulässig ist, und ob sie fortgesetzt werden darf.

L. schließt seine vorstehend kurz referierten, durch zahlreiche schematische Zeichnungen erläuterten Ausführungen mit den Worten: »Was der Augenspiegel von Helmholtz für die Ophthalmologen, das ist die Entdeckung unseres Landsmannes Röntgen für die Orthopädie geworden«.

Kramer (Glogau).

---

4) **Fritz König.** Über die Berechtigung frühzeitiger blutiger Eingriffe bei subkutanen Knochenbrüchen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

K. glaubt im Gegensatze zu Bardenheuer, daß in einer Reihe schwerer Knochenbrüche die operative Vereinigung der Bruchstücke ein besseres Heilresultat gebe als die Extensionsmethode, bei welcher auch nicht immer eine tadellose Vereinigung der Bruchstücke zu er-

zielen sei. Der richtige Zeitpunkt für die blutige Reposition sei die 2. Woche, da in dieser schon eine bedeutende Umwandlung an der Bruchstelle vorhanden sei. Alle zerfetzten Gewebsstücke zu entfernen hält Verf. für unrichtig. Nur die Repositionshindernisse sind zu beseitigen. Eine allzusorgsame Ausräumung aller Gerinnsel, Gewebsfetzen usw. verhindert rasche Konsolidation des Bruches. Als Nahtmaterial bevorzugt K. Draht, oft in Verbindung mit dem Elfenbeinstift, der zur Aufnahme der Drähte eigens hergerichtet ist. An Stelle des Elfenbeins kann auch eine Knochenprothese treten. Bei starken Zertrümmerungsbrüchen sind alle Splitter fortzuräumen und so eine partielle Resektion auszuführen, um allzustarke und schädliche Callusbildung zu verhindern. Wichtig ist die Nachbehandlung nach der Operation, frühzeitige Massage und Bewegung je nach Art des Bruches.

Was die speziellen Indikationen zu blutigem Eingreifen anlangt, so ist bei Schaftbrüchen selten Operation erforderlich, am ehesten noch bei stark dislozierten isolierten Brüchen eines Vorderarmknochens und bei Oberschenkelbrüchen, die nach 2—2$^1/_2$ Wochen eine starke Dislokation und unausbleibliche Verkürzung aufweisen. Ist hier bei den Schaftbrüchen nur ausnahmsweise ein operativer Eingriff erforderlich, so ist K. dagegen der Ansicht, daß die blutige Therapie um so häufiger zu befürworten ist, je mehr sich die Fraktur dem Gelenkende nähert. Das ist im einzelnen in der Arbeit genauer besprochen an der Hand von Brüchen der Kniescheibe, des Tuberculum majus humeri, der Kondylenfrakturen am Oberarm u. a. m. Meist handelt es sich in allen diesen Fällen um die Gefahr einer Bewegungsbeschränkung durch das dislozierte Knochenbruchstück oder durch starke Callusbildung bei ungenügender und unmöglicher exakter Reposition. Besondere Sorgfalt hat Verf. der Besprechung der Schenkelhalsbrüche und ihrer Behandlung gewidmet. Die Entscheidung über operatives Vorgehen richtet sich hier nach der Bruchform. Ergibt die Diagnose eine Fraktur im trochanteren oder lateralen Teile des Schenkelhalses, so ist von einem Eingriff abzusehen. Erst wenn das Röntgenbild bei nicht eingekeiltem Bruche die Bruchlinie nahe am Kopfe zeigt, und neben der starken Außenrotation sich eine völlig abnorme Beweglichkeit erweist, ist eine Operation in Erwägung zu nehmen, weil eine solide Verheilung wahrscheinlich ausbleibt. Zweckmäßig ist es, nach ca. 8 Tagen den Eingriff auszuführen, da die konservative Behandlung die Aussichten der Operation verschlechtert. Auf Grund eines anatomischen Präparates, das K. einige Monate nach Naht eines Schenkelhalsbruches gewann, stellt er fest, daß die Adaptierung der Fragmente allein nicht genügt, um eine starke Konsolidation zu erreichen, sondern daß man die zerrissene Kapsel in möglichst großem Umfange wieder vernähen soll.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

5) **H. Spitzy.** Zur allgemeinen Technik der Nervenplastik.
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 3.)

Auf Grund von Tierversuchen stellt S. folgende Thesen für die allgemeinere Anwendung des beim Menschen von ihm noch nicht erprobten Verfahrens auf.

Um den Innervationsbezirk eines gelähmten Nerven an den Verlauf eines intakten anschließen zu können, gibt es zwei verschiedene Fragen:

a. Entweder man spaltet vom unversehrten Nerven einen Lappen mit zentraler Basis ab und pflanzt diesen Lappen in einen Längsschlitz des gelähmten Nerven ein, Fixierung durch Längsschnitt (zentrale Einpflanzung) — oder

b. man spaltet vom gelähmten Nerven einen möglichst großen Lappen ab mit peripherer Basis und pflanzt ihn auf dieselbe Weise in einen Längsschlitz des unversehrten.

Führt der gelähmte Nerv keine wichtigen sensiblen Bahnen, so kann der ganze bahnsuchende Nerv verwendet und sein peripherer Stumpf event. seitlich an den bahngebenden Nervenstamm angelagert werden (periphere Einpflanzung).

Die zentrale Einpflanzung ist zu empfehlen, wenn in der Nähe des wichtigen gelähmten Nerven ein minderwertiger, unversehrter, vorwiegend motorischer Nerv liegt, durch dessen Funktionsausfall man beim Mißlingen keinen zu großen Schaden verursacht (z. B. die Neurotisation des N. facialis durch den Accessorius oder des N. cruralis durch den Obturatorius). Die periphere Einpflanzung kommt in Frage, wenn nur gleichwichtige größere Nerven in der Nähe liegen und zur Bahnung herangezogen werden können (z. B. beim N. med., ulnar., rad. und beim N. tib. und peron.).

Die Fixierung hat durch eine Längsnaht zu erfolgen, da quere Nähte bei der außerordentlichen Empfindlichkeit der Nervensubstanz gegen Druck Leitungsunfähigkeit und typische Degeneration nach sich ziehen würden.

S. empfiehlt dann noch einige besonders für diesen Zweck angefertigte Instrumente, die sich ihm bei den angestellten Versuchen durch Zweckmäßigkeit und schonendes Arbeiten gut bewährt haben.

Hübener (Dresden).

---

6) **L. Görl.** Ein neues Feld für die Radiotherapie? (Strumenbehandlung.)
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

Die Mitteilung G.'s will zu Versuchen mit der (beim Morbus Basedowii auch von anderen angewandten — Ref.) Röntgentherapie bei Kropf anregen. Verf. selbst hat in mehreren Fällen solcher nach Bestrahlungen des Halses von je 5—10 Minuten Dauer in mehreren Sitzungen nach auffallend kurzer Zeit eine erhebliche Rückbildung des Kropfes eintreten sehen, die wahrscheinlich durch eine Schädigung

der Parenchymzellen durch die Röntgenstrahlen bedingt wird; Störungen des Allgemeinbefindens wurden nicht beobachtet. Bezüglich event. Entstehung von Rezidiven wird von G. nichts gesagt. Er empfiehlt im allgemeinen, mittelweiche bis weiche Lampen zu nehmen, möglichst nahe an das zu bestrahlende Objekt heranzugehen (10 cm Entfernung), und die Zeitdauer der Bestrahlung von der Hautreaktion abhängig zu machen. **Kramer** (Glogau).

---

7) **T. Brugsch.** Zur Klinik der Banti'schen Krankheit.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 23.)

B. hebt unter Beibringung von Krankengeschichten die Schwierigkeit der Diagnose: Banti'sche Krankheit — Splenomegalie mit Lebercirrhose — und damit der Indikationsstellung für die Milzexstirpation hervor. Zu fordern ist der Nachweis des toxischen Eiweißzerfalles infolge der primär toxischen Rolle der Milz. Für die Behandlung kommen in Frage: 1) bei jüngeren Leuten, sofern durchs Abwarten nichts versäumt wird, Arsen, Chinin u. dgl., 2) die Milzexstirpation, die keine Ausfallserscheinungen zeitigt, 3) die Behandlung der Milzschwellung mit Röntgenstrahlen. **G. Schmidt** (Berlin).

---

8) **G. Naumann.** Über die moderne Pankreaschirurgie.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 14. [Deutsch.])

Die Arbeit ist als Einleitung zur Diskussion auf dem 6. Kongreß der nordischen chirurgischen Gesellschaft geschrieben und gibt in konzentrierter Form die anatomischen, pathologischen und klinischen Daten wieder, welche in der Pankreaschirurgie der letzten Jahre in der Literatur niedergelegt sind. — Nach einigen einleitenden topographisch-anatomischen Orientierungen bespricht Verf. zuerst die gewöhnlichsten Krankheiten der Bauchspeicheldrüse vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus (Apoplexien, Nekrose, eitrige und chronische interstitielle Entzündungen, Cysten, Lithiasis, Lipomatose und Geschwülste). Danach zeichnet er in raschen Zügen das klinische Bild der betreffenden Affektionen, wobei therapeutische Ratschläge, auf eigener und anderer Erfahrung basiert, erteilt werden.

So werden besprochen: die akuten Pankreasblutungen, die wahre Pankreasapoplexie, die eitrigen und die chronisch interstitiellen Entzündungen, die Cysten, die Geschwülste, die traumatischen Verletzungen u. a. m. Differentialdiagnostische Merkmale werden bei jeder Krankheit hervorgehoben und wertvolle Winke betreffs der Therapie gegeben. Zuletzt referiert Verf. ausführlich die von den Engländern Mayo Robson und Cammidge zuerst entdeckte und vielfältig geprüfte sogen. pankreatische Reaktion des Harns, welche viel für die Diagnostizierung der Pankreaskrankheiten zu versprechen scheint. Die im Lancet 1904 März 19 veröffentlichte Beschreibung der Ausführung der Reaktion wird vom Verf. ausführlich anhangsweise wiedergegeben.

Nach Cammidge's Resultaten zu urteilen, scheint diese Reaktion ebenso konstant zu sein, wie die Reaktion auf Eiweiß bei Nephritiden.

Hansson (Cimbrishamn).

---

9) W. Richter. Jodipin in der Behandlung der Prostatitis.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 9.)

Es werden zweimal täglich mit der sogen. Glyzerinklystierspritze Injektionen von je einer halben Spritze des mit Olivenöl zu gleichen Teilen verdünnten 10%igen Jodipins gemacht (weiterhin ganze Spritzen des unverdünnten Jodipins); die Resultate waren speziell bei der akuten gonorrhoischen parenchymatösen Prostatitis (die auch spontan bei vernünftigem Verhalten meist gut zurückgeht, Ref.) sehr günstig.

Jadassohn (Bern).

---

10) Nizzoli. Di un nuovo segno per la diagnosi delle malattie renali.

(Nuovo racc. med. 1905. Fasc. 1 u. 2. Ref. nach Morgagni 1905. Nr. 23.)

Schmerzhaftigkeit in der Nierengegend bei kurzen Schlägen mit der Ulnarkante der Faust dahin ist bereits von Goldflam als Anzeichen einer Nierenaffektion (Pyelitis, Abszesse, Tuberkulose, Geschwülste) bezeichnet worden. Verf. fand das Zeichen ganz konstant bei den genannten Erkrankungen, sowie auch bei Verlagerung der Niere und bei akuter wie chronischer Nephritis. Er lokalisiert den Schmerz am äußeren Rande des M. sacrolumbalis und führt ihn auf den großen und kleinen Ast des Bauchgenitalnerven zurück, die aus dem ersten Lendennerven sich abzweigen, über den M. psoas nach innen und unten ziehen und vor dem M. quadratus lumborum hinter die Niere gelangen, um die Sacrolumbalmuskeln zu innervieren. Aus dem Schmerze ließ sich sogar die einseitige Erkrankung einer Niere erkennen.

Dreyer (Köln).

---

11) P. F. Richter. Bemerkungen zur funktionellen Nierendiagnostik.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 20.)

R. hält gegenüber mancherlei in neuerer Zeit gemachten Einwendungen daran fest, daß die Gefrierpunktsbestimmung — unter Umständen unter Ergänzung durch die Messung der elektrischen Leitungsfähigkeit — des mittels Harnleiterkatheterismus gesondert aufgefangenen Urins jeder Niere und die Prüfung der Zuckerausscheidung nach Phloridzineinspritzung den Chirurgen über die augenblickliche Leistung jeder Niere sicher unterrichten. Allerdings ist das Verfahren zeitraubender und umständlicher geworden, da sich gewisse Vorsichtsmaßregeln als notwendig erwiesen haben. Um nicht durch die auch bei gesunden Nieren vorkommenden Differenzen in der Sekretionsarbeit oder durch die reflektorische Polyurie Täuschungen ausgesetzt zu sein, soll man die Harnleiterkatheter 2 Stunden oder länger liegen lassen.

Gefrierpunkt und Zuckerauscheidung nach Phloridzin sind zeitlich getrennt zu untersuchen. Die Phloridzinprobe ist unschädlich. Eine genaue Prüfung der Nahrungszufuhr ist unnötig. Um aber zu Vergleichswerten zu kommen, empfiehlt sich die Untersuchung entweder im nüchternen Zustand oder etwa 2—3 Stunden nach einer einfachen, möglichst wenig Eiweiß und vor allem wenig Salze enthaltenden Mahlzeit bei Vermeidung erheblicher Kohlehydrat- und Flüssigkeitszufuhr.

G. Schmidt (Berlin).

12) **Kapsammer.** Die Wandlungen in der funktionellen Nierendiagnostik.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

K. weist zunächst an der Hand des Luys'schen Werkes über die Harnscheidung die Minderwertigkeit dieser Untersuchungsmethode nach, durch welche Harn, der bereits mit der Harnblasenwand in Berührung gekommen ist, also alle möglichen pathologischen Beimischungen derselben erhalten haben kann, aus der Blase aufgefangen und zur Feststellung der Diagnose verwendet wird. Luys selbst hat mit dieser Methode nicht nur wiederholt falsche Diagnosen gestellt und daraufhin zwecklos operiert, sondern auch in einem Falle dem Pat. Schaden zugefügt. K. hält es deshalb für richtiger, den einzeitigen beiderseitigen Harnleiterkatheterismus gründlich zu erlernen, als die Zeit mit Erlernung der Luys'schen Methode zu vergeuden. — Indem K. dann weiter erwähnt, daß durch das Sondieren des Harnleiters eine reflektorische Polyurie eintreten kann, schließt er sich auf Grund eigener Erfahrungen denjenigen immer zahlreicher werdenden Autoren an, welche der Kryoskopie einen Wert für die funktionelle Nierendiagnostik des Chirurgen absprechen, und spricht sich zugunsten der Indigokarminprobe im Verein mit dem Harnleiterkatheterismus und für die Phloridzinprobe unter Berücksichtigung des Zeitpunktes des Auftretens von Zucker nach der subkutanen Phloridzininjektion aus.

Kramer (Glogau).

13) **Keydel.** Beiträge zur funktionellen Nierendiagnostik.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 5.)

Aus einer Anzahl von über 50 vom Verf. behandelten Fällen werden 35 Funktionsprüfungen der Nieren ausführlich berichtet, bei denen eine Autopsie am Lebenden oder nach dem Tod oder eine nachherige 1—2jährige klinische Beobachtung die gestellte Diagnose kontrollierten. Die angewandten Untersuchungsmethoden sind in erster Linie die intravesicale Trennung des Urins beider Nieren mittels des Luys'schen Harnscheiders, ferner der Harnleiterkatheterismus, sodann Gefrierpunktsbestimmung, Harnstoffbestimmung, Phloridzinreaktion, chemische und mikroskopische Untersuchung des Nierensekretes.

Interessant ist die Bemerkung des Verf. über den Luys'schen Harnscheider. Er schreibt: »Von diagnostischer Bedeutung schien die Art und Weise des Urinabflusses zu sein: Waren die gewonnenen

Quantitäten der rechten und linken Seite gleich groß, geschah das intermittierende und alternierende Abträufeln mit einer bestimmten Regelmäßigkeit und in annähernd gleichen Tropfenmengen — die Pausen mochten dabei lang oder kurz sein —, so lag selten eine ernste Erkrankung der Nieren vor. Bestanden dagegen größere Differenzen in quantitativer Hinsicht zwischen der rechten und linken Seite, war dabei der Abfluß ganz unregelmäßig, indem längere und kürzere Pausen abwechselten, waren auch die Tropfenmengen je einer Seite ganz verschieden, kurz geschah der Abfluß in einem unregelmäßigen Rhythmus, mochten nun eine oder beide Seiten betroffen sein, so war eine tiefere Schädigung der einen oder beider Nieren zu befürchten.

Weiterhin wurde öfter eine vorübergehende, durch das Einlegen und Liegenlassen des Harnscheiders verursachte Oligurie beobachtet, die nicht mit jenen dauernden, lediglich durch schwere Erkrankung einer Niere reflektorisch ausgelösten Oligurien zu verwechseln ist.«

Sein Urteil über die Zuverlässigkeit der verschiedenen Untersuchungsmethoden präzisiert K. dahin, daß er unter billiger Berücksichtigung der zahlreich möglichen Fehlerquellen entschieden zu wiederholten Untersuchungen bezw. zu verschiedenen Untersuchungsmethoden rät, ehe man sich zur Ausführung oder Unterlassung einer Operation entschließt. Näher auf die Einzelheiten einzugehen verbietet der Rahmen des Referates, doch ist die Lektüre der sehr interessanten Ausführungen im Originale warm zu empfehlen. **Grunert** (Dresden).

---

14) **Rumpel.** Über den Wert der Kryoskopie für die Nierenchirurgie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

Die vorliegende Arbeit polemisiert gegen Rovsing's Anschauungen und Äußerungen über die absolute Unzulänglichkeit der Kryoskopie bei der Beurteilung der Nierenfunktionstüchtigkeit. Verf. weist vor allem darauf hin, daß auch Kümmell bei erhöhtem Blutgefrierpunkt sehr oft, und zwar nicht selten mit Erfolg, operiert habe. Besonders hatte R. festgestellt, daß bei Geschwülsten und bei Herzinsuffizienz die Methode nicht ohne weiteres Gültigkeit hat. Übrigens schließe eine vorübergehende Insuffizienz nicht die Wiederkehr zur genügenden Funktion aus, ebensowenig wie man aus einer wieder eingetretenen Funktionstüchtigkeit der Niere eine vorher vorhandene Insuffizienz in Abrede stellen dürfe. Nicht immer müsse es auch ein ernstes Leiden sein, das den Blutgefrierpunkt erhöhe; eine heilbare doppelseitige Pyelitis könne ebenfalls vorübergehend Insuffizienzerscheinungen veranlassen, deren Vorhandensein einen operativen Eingriff auf das schwerste komplizieren könne. Aus diesem Grunde hätte R. immer mit dem Eingriffe gewartet, bis die geschädigte Funktion sich gehoben habe, falls nicht eine dringende vitale Indikation für den Eingriff vorlag. Dieses hätte dann in der Bloßlegung und Spaltung der Niere und erst später in der Nephrektomie bestanden.

Auch bezüglich der Harnkryoskopie bleibt Verf. auf seinem früheren Standpunkt stehen, daß die Gefrierpunktsbestimmung im Verein mit den Harnleiterkatheterismus eine sehr wertvolle Methode sei, und daß sie einen richtigen Hinweis für die Therapie gebe. R. hoffe, daß auch Rovsing noch die Überzeugung von dem Werte der Kryoskopie gewinnen möge, die auch nach Ansicht des Verf. nur ein neuer Faktor sei, der mit aufklärend zu den Momenten der allgemeinen klinischen Erkenntnis hinzugekommen wäre. Es sei ausgeschlossen, daß er und Kümmell allein auf Grund der funktionellen Untersuchungsmethode ihr chirurgisches Denken und Handeln stellen wollten. Das gehe aber schon aus einem genauen Studium ihrer früheren Arbeiten hervor.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

15) **A. Hermann.** Zur operativen Behandlung des Kryptorchismus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 6.)

Gersuny hat in vier Fällen von beiderseitigen Leistenhoden eine neue Art der Fixation des reponierten Hodens versucht, deren Erfolge bisher recht zufriedenstellende waren. Nach vollständiger Befreiung des Samenstranges aus seinen Verbindungen wird eine Seidennaht an dem Gewebszipfel, der dem unteren Pole des Hodens aufsitzt und wohl dem Reste des Gubernaculum Hunteri entsprechen dürfte, angelegt. Die Enden dieser Naht werden mit Hilfe einer Kornzange oder gestielten Nadel am tiefsten Punkte des Septum scroti durchgeführt und mit den Enden einer analogen an dem gegenüberliegenden Hoden befestigten Naht verknüpft oder selbst zu dieser Naht verwendet. Dann folgt die Verengerung der Eingangsöffnung in die Tunica dartos, Vereinigung der Oponeurose des M. obliquus externus, wobei die Hüllen des Samenstranges an mehreren Stellen mit in die Naht gefaßt werden, und Hautnaht.

Bei einseitiger Mißbildung begnügte sich Gersuny bisher mit der Befestigung des gedehnten Samenstranges an mehreren Stellen der Aponeurose und dem Periost des horizontalen Schambeinastes, doch wäre es besser, die oben angegebene, durch das Septum scroti geführte Naht auf der anderen Seite entweder an der Tunica vaginalis testis oder der lateralen Seite der Skrotalhaut zu befestigen.

Der Vorteil der beschriebenen Methode ist der, daß dabei eine feste Brücke zwischen beiden Hoden geschaffen wird, welche durch das Septum scroti und die Crura penis so gestützt wird, daß ein Zurückschlüpfen der Hoden unmöglich wird. **Hübener** (Dresden).

---

16) **G. Doyle.** Surgical treatment of hydrocele of tunica vaginalis.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 28.)

Längsschnitt vorn über die Geschwulsthöhe, Loslösung der Tunica vaginalis bis $^2/_3$ ihres Umfanges vom benachbarten Gewebe, Eröffnung

der Hydrokele, Umkrempelung der Tunica vaginalis, wie ein Rockärmel, bis zu der noch bestehenden Verbindung zwischen Tunica und Haut bezw. Tunica dartos, Fixierung der umgekrempelten Tunica mit fortlaufenden Katgutnähten, Spülung des Hohlraumes mit Desinficientien, Hautnaht mit Seide, Drainrohr. Entlassung am 8.—12. Tage. Verf.'s Assistent ging so vor, daß er den Hydrokelensack vollkommen aus seiner Bedeckung löste, die Tunica vaginalis einschnitt, umkrempelte und die Schnittränder hinter dem Testikel vereinigte. Nach diesen beiden Methoden wurden 111 Fälle operiert, ohne daß ein Rezidiv bekannt geworden wäre. **W. Weber** (Dresden).

---

17) **A. Müller.** Zur Kenntnis der Hodenembryome.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIV. Hft. 3.)

Verf. beschreibt die Krankengeschichte eines 2jährigen Knaben, dem eine Geschwulst des Hodens exstirpiert wurde. Es handelte sich um ein typisches sog. Dermoid oder besser Embryom des Hodens, d. h. eine Plattenepithelcyste, in der sich eine Zotte in Form eines mit Haut und Haaren bedeckten Vorsprunges erhebt. In dieser Zotte stellen dann die verschiedenen Hohlräume und anderen Einlagerungen die Repräsentanten der drei Keimblätter dar, welche wie Haare, Knochengewebe, Atherombrei usw. die Neubildung zur Mischgeschwulst stempeln. Die mikroskopische Untersuchung weist im ganzen Umfange der Geschwulstkapsel Reste von Hodengewebe nach und bestätigt dadurch den Satz, daß diese Geschwülste stets intratestikulär gelegen sind.

Die Embryome des Hodens entstehen meist im Kindesalter und degenerieren im Gegensatze zu den entsprechenden Eierstocksgeschwülsten nie bösartig. Sie stellen die früher als Dermoide bezeichneten Geschwülste dar. Die embryoiden Hodengeschwülste, welche die Teratome, Cystoide und Mischgeschwülste umfassen, sind sehr viel häufiger als die Embryome, treten meist im mannbaren Alter auf, wachsen oft nach Traumen sehr rasch und degenerieren nicht selten zu Sarkomen mit Metastasen. Die Trennung in Embryome und embryoide Geschwülste hat zwar etwas Gewaltsames, ist aber aus praktischen Gründen ganz zweckmäßig.

Zum Schluß gibt Verf. einen kurzen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Frage über die Entstehung der Embryome an der Hand der Arbeiten und Ansichten von Marchand, Bonnet, Schlagenhaufer und Ribbert, welch letzterer diese Geschwülste auf die ersten Zellen der Keimdrüsen, und zwar auf die ersten Zellen der Keimdrüsenanlage zurückführt. Für die Teratome des vorderen und hinteren Körperendes und die voll entwickelten fötalen Inklusionen beansprucht Ribbert gemäß deren weitgehender Differenzierung als Ursprung auch ein höher potenziertes, älteres Keimmaterial, die Blastomeren und Polkörperchen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

18) **H. Tillmanns.** Die Verletzungen und chirurgischen Krankheiten des Beckens.

(Deutsche Chirurgie. Lfg. 62a. Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1905.)

Ein mit erstaunlicher Gründlichkeit gearbeitetes Werk liegt vor uns! Das Literaturverzeichnis, in dem von den älteren Arbeiten nur die wichtigsten berücksichtigt sind, umfaßt allein 122, der Text mit seinen 277 teils farbigen, guten Abbildungen 838 Seiten. Auf den ersten 45 wird die chirurgische Anatomie des Beckens behandelt; dann folgen die Kapitel über die Verletzungen, und zwar über die Knochenbrüche und Verrenkungen, über Verletzungen der Beckenweichteile, über Schußwunden, über Verletzungen und Krankheiten der Blutgefäße (einschließlich Unterbindung und Kompression derselben), und Nerven des Beckens, im weiteren die über akute und chronische Entzündungen der Beckenweichteile (einschließlich der Schleimbeutel und Beckenhöhlenabszesse), der Beckenknochen und Beckengelenke, über Osteomalakie, Echinokokkus, Deformitäten des Beckens, Spina bifida lumbo-sacralis et sacralis, über »Schwanzbildung« beim Menschen, über Doppelmißbildungen im Bereiche des Beckens, über die angeborenen Geschwülste der Kreuzsteißbeingegend, über Dermoidcysten und -fisteln, über sonstige Geschwülste der Beckenknochen und der sie bedeckenden Weichteile und schließlich als 20. Kapitel die Darstellung der Operationen und Verbände am Becken. Schon diese kurze Inhaltsgabe läßt erkennen, welche Ausdehnung T. seiner Bearbeitung der Verletzungen und chirurgischen Krankheiten des Beckens gegeben hat. Bei näherem Studium findet man aber auch, daß die einzelnen Kapitel ihren Gegenstand mit einer bewundernswerten Sorgfalt behandeln, durch Wiedergabe der Kasuistik von außerordentlicher Reichhaltigkeit sind und durch vollständige Berücksichtigung der Literatur bis in die neueste Zeit ein bis in die feinsten Einzelheiten genaues Bild jeder Affektion gewähren. Die deutsche Chirurgie darf stolz sein auf dieses schöne, von deutscher Gelehrsamkeit und Gründlichkeit zeugende Werk.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Halle a. S. Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. v. Bramann.)

Ein Ligaturring (nach v. Bramann).

Von

Dr. **Alexander Stieda,** Assistenzarzt der Klinik.

Eine möglichst ideale Asepsis wird stets das Ziel jedes Chirurgen sein. Man war deshalb von jeher bemüht, alle Fehlerquellen auszuschließen, die es hätten hindern können, die Wundbehandlung zu einer keimfreien zu gestalten, oder die eine Störung in dem Wundverlaufe hätten herbeiführen können.

Die Sterilisation der Instrumente und Verbandstoffe auf thermischem Wege durch Auskochen bezw. durch den strömenden Dampf gestattet uns, hierbei der Asepsis sicher zu sein. Anders steht es bei denjenigen Fehlerquellen, »deren ab-

solute Eliminierung außerordentliche Schwierigkeiten bereitet: der Luft, der Haut des Operationsfeldes und endlich der Haut unserer Hände« (v. Mikulicz). Die Furcht vor einer möglichen Infektion auf diesem Wege führte bei einem Teile der Chirurgen zum Gebrauche von Handschuhen, von Mützen, von Bart und Haar schützenden Gesichtsmasken, sterilen Ärmeln u. dgl. m. So wurde auch die Forderung, zu operieren — wenn möglich — ohne jedes Berühren der Wunde mit den Fingern ausgesprochen (König).

Eine Fehlerquelle aber blieb stets: das war der bei Operationen in der Wunde verbleibende Fremdkörper — die Seide, die zu Unterbindungen verwendet wurde. Trotz aller Vorsicht ereignete es sich wohl jedem Operateur einmal schon, daß gelegentlich — vielleicht auch erst nach Ablauf von mehreren Wochen —, wenn der Operierte längst zu Hause war, die Operationsnarbe, die anscheinend reaktionslos und glatt verheilt war, an zirkumskripter Stelle sich rötete und unter mehr oder weniger starker Eiterung sich eine versenkte Seidennaht oder ein Unterbindungsseidenfaden ausstieß. Erwuchs auch durch ein derartiges Ereignis erfreulicherweise dem betreffenden Pat. selten ein größerer Schaden, so verzögerte es doch immer nicht unerheblich die dann oft recht langwierige Behandlungsdauer des Leidens.

Wenn oftmals das serös-eitrige Sekret in der Umgebung der Fäden mikroskopisch und dann in den meisten Fällen auch kulturell keimfrei sich erwies, so zeigten dagegen Schnitte durch den Fadenknoten der Seide selbst, »daß zwischen den einzelnen Seidenfasern zahllose Keime eingelagert waren« (Haegler). Deshalb nahm man für die nicht resorbierbaren, in der Wunde verbleibenden Ligaturen zur Herrichtung Antiseptika in Anspruch und benutzte das Naht- und Unterbindungsmaterial in einem mit desinfizierenden Lösungen getränkten Zustande (Brunner, Haegler). Dem gleichen Gedanken gab Lanz mit dem Satz Ausdruck: »Man sollte ein Antiseptikum spinnen können«.

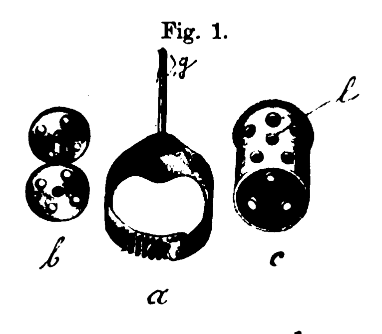
An der chirurgischen Klinik in Halle kommt auch nur eine antiseptisch vorbehandelte Seide zur Verwendung, und zwar, unterschiedlich von der vielfach empfohlenen Sublimatseide, eine Karbolseide. Die Vorbereitung der Seide geschieht wie folgt: Die Seide liegt zuerst 24 Stunden in Äther, wird $^1/_2$ Stunde in einer 3%igen Karbollösung gekocht, dann auf die Spulen aufgerollt und von neuem ebenso lange wie vorher in der Karbollösung gekocht, in der sie dann auch bis zum Gebrauche liegen bleibt.

Um nun dafür zu sorgen, daß die derart vorbereitete Seide mit keinen anderen als den Händen des Operateurs in Berührung kommt und beim Gebrauche möglichst direkt in die Wunde gebracht werden kann, hat schon 1895 Lanz »Ligaturkugeln« aus Glas angegeben, welche die Seide beherbergen und von dem Operateur in der Hand gehalten werden. Der Gebrauch dieser Ligaturkugeln hat sich anscheinend nicht eingebürgert.

Geh.-Rat v. Bramann hat nun vor einiger Zeit einen Unterbindungsfadenträger — einen »Ligaturring« — konstruieren lassen, der, seit mehren Monaten bei fast allen Operationen im Gebrauche, sich aufs beste bewährt hat.

Der Ligaturring besteht aus drei Teilen (vgl. Fig. 1). Ein verstellbarer Ring *a* (mit einer sog. Cremaillère) trägt einen fest aufsitzenden kurzen Stab, dessen oberstes Ende ein Gewinde (*g*) besitzt. Über diesen Stab wird eine mit hohler Achse versehene Spule (*b*) geschoben. Diese ist auf dem Stabe leicht beweglich und hat eine Reihe von Löchern in der Achse sowie in den Platten, so daß beim Kochen die Flüssigkeit gut die auf der Spule befindliche Seide durchdringen kann. Darüber wird dann ein kurzer, oben gedeckter, ebenfalls seitlich durchlochter Zylinder (*c*) gestülpt und durch Drehen um das Gewinde des Stabes an diesem befestigt.

Fig. 1.



Die Beschickung geschieht nun derart, daß die in der Karbollösung ausgekochte Seide auf die kleine Spule, und zwar in nur etwa 5—6 m Länge, aufgewickelt und das Ende des Fadens aus dem dafür bestimmten besonderen Loche (*l*) des Zylinders herausgeleitet wird.

Bei der Benutzung streift man den Ligaturring über den Zeigefinger oder auch einen anderen — 3. oder 4. Finger — der linken Hand. Das Loch des Zylinders, aus dem der Seidenfaden zum Vorscheine kommt, ist zweckmäßigerweise gegen die Fingerspitze hin gerichtet. Fig. 2 zeigt deutlich die Handhabung.

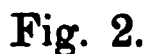
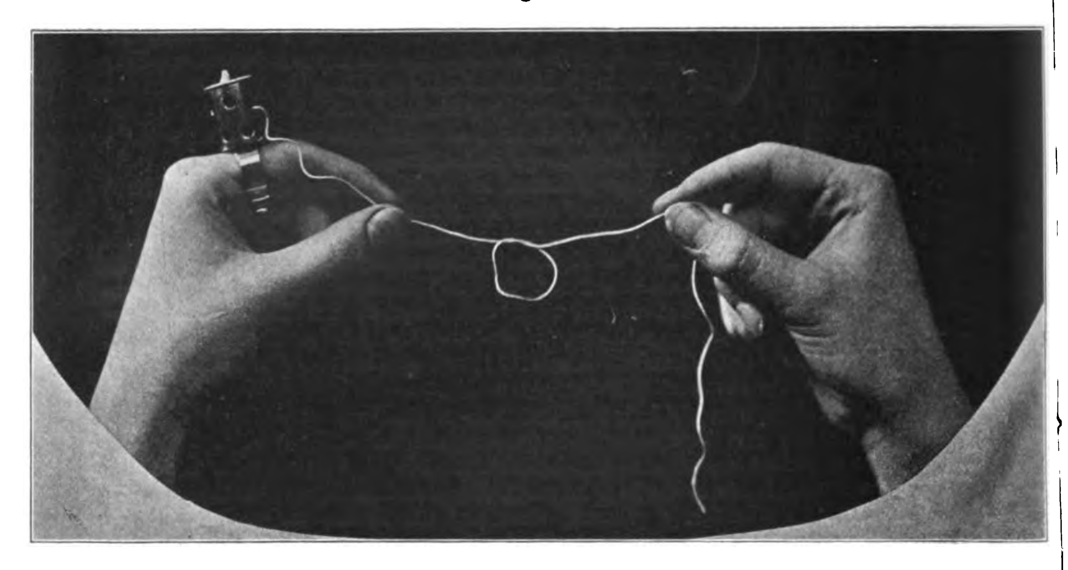


Fig. 2.



Auf diese Weise ist der Operateur imstande, den gut vorbehandelten Seidenfaden direkt in die Wunde zu legen und alle Schädlichkeiten, die denselben »unterwegs« noch treffen könnten, auszuschalten. Die Seide wird nicht mehr, wie sonst der einzelne Faden, durch die Finger des Instrumentarius oder der zureichenden Schwester gezogen. Es wird ferner jede Möglichkeit eines unnötigen Berührens »beim Zureichen« ausgeschlossen, und abgesehen von der Ersparnis an Seide findet bei einiger Übung eine recht erhebliche Zeitersparnis statt. In gleicher Weise kann natürlich auch statt der Seide Catgut Verwendung finden.

Dieser Ligaturring v. Bramann's ist jetzt bei fast allen Operationen im Gebrauch, und besonders bei großen Wundflächen mit zahlreichen Unterbindungen, wie z. B. bei Mammaamputationen, dann bei Strumen usw., ist er uns unentbehrlich geworden[1].

---

19) Aus dem Bericht über die XIV. Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft in Homburg v. d. Höhe am 9. und 10. Juni.

Herr Schönemann (Bern): Bestehen Beziehungen zwischen der Schläfenbeinform und der Konfiguration der Paukenhöhle? (Mit Demonstrationen.)

Als die zwei Grundformen der Schläfenbeine unterscheidet S. den flachdachigen und den spitzdachigen Felsenbeinpyramidentypus.

---

[1] Die Herstellung geschieht aus Neusilber (mit Vernickelung) durch die Firma Friedr. Baumgartel in Halle a. S. Der Preis beträgt 5 *M*.

Auf die absolute Lage der Trommelfellebene im Schädel (Messungen mit dem Goniometer!) hat die Spitzdachigkeit oder Flachdachigkeit keinen sichtlichen Einfluß, dagegen ist die Form der Trommelhöhle bei spitzdachigen Pyramiden, wie an 72 Knochenpräparaten gezeigt wird, anders als bei flachdachigen. Bei spitzdachigen Pyramiden nähert sich der Sinus der hinteren Gehörgangswand viel mehr als bei flachdachigen Pyramiden.

Herr Albrecht (Heidelberg): Die Prognose der Frühfälle von akuter Mittelohrentzündung.

Nur die innerhalb der ersten drei Erkrankungstage in Behandlung kommenden Otitiden können ein richtiges Bild vom Ablaufe der akuten Mittelohrentzündung geben, weil sie leichte und schwere Fälle im wahren Prozentverhältnis wiedergeben. Genuine Erkrankungen sind von sekundären, d. h. im Anschluß an Infektionskrankheiten oder Konstitutionsanomalien entstehenden Affektionen, bei der Statistik streng zu trennen, weil sie sowohl in bezug auf die Restitutio ad integrum, als auch auf die Funktion sehr differieren.

Ein Vergleich der spontan perforierten und der paracentesierten Fälle ergab das überraschende Resultat, daß letztere den ungünstigeren Verlauf nahmen; A. will jedoch aus diesem Ergebnis keine allgemein bindenden Schlüsse gezogen, noch die Indikationsstellung für die Parazentese geändert wissen.

Herr Scheibe (München): Bei der Frage der Therapie der akuten Mittelohrentzündung harrt die Frage nach dem Werte der Parazentese, der Ausspritzungen, der Borsäureinsufflation, der warmen Umschläge, der Eisapplikation noch ihrer definitiven Lösung.

Die Vorwürfe, welche gegen die Bezold'sche Behandlungsmethode — Luftdusche, Ausspritzung, Borsäureinsufflation nach erfolgter Austrocknung — fortgesetzt erhoben werden, sind nicht berechtigt.

Herr A. Pollitzer (Wien): Labyrinthbefunde bei chronischen Mittelohreiterungen.

P. bespricht unter Vorführung von großen Zeichnungen und Lupenpräparaten 11 Fälle von seinen bisher untersuchten 21 Fällen, welche die verschiedenartigen Veränderungen an den Labyrinthfenstern, im Vorhofe, den Bogengängen und der Schnecke zeigen. Bei fast der Hälfte der untersuchten Fälle war Meningitis die Todesursache. P. fand öfter bei Durchbruch der Eiterung von der Schnecke in den Gehörgang den peripheren Teil der Hörnerven eitrig infiltriert und mehrere Male diesen Teil von dem zentralen Teile des Acusticus durch eine Demarkationslinie markiert. Nach kurzen Bemerkungen über Diagnose und Prognose der Labyrintheiterungen bespricht P. die bisherigen Operationsmethoden und geht näher auf eine von seinem Assistenten K. Neumann vorgeschlagene Methode ein, bei welcher man nach sorgfältiger Abmeißelung des hinteren inneren Teiles des horizontalen Bogenganges mit Schonung des Facialis bis zum äußeren Gehörgange vordringt und das in den inneren Gehörgang eindringende, den Acusticus und Facialis einschließende Segment der Dura freilegt, wodurch im Fall einer eitrigen Affektion des peripheren Teiles der Hörnerven dieser freigelegt wird. Von den in der Klinik P.'s operierten Fällen wurde bisher in sechs Fällen Heilung erzielt.

Herr Manasse (Straßburg): Über chronische, progressive labyrinthäre Taubheit.

M. hat 29 Felsenbeine mit chronischer progressiver Taubheit mikroskopisch untersucht. Davon zeigten typische Spongiosierung mit Stapesankylose nur 3, Stapesfixierung durch Kalk bezw. Bindegewebsneubildung am Stapes 2. Die übrigen 24 wiesen ausschließlich Veränderungen am schallempfindenden Apparat auf, also Labyrinth und N. acusticus, die hauptsächlich an vier Stellen beobachtet wurden: 1) am Ductus cochlearis; 2) am Ganglion cochleare; 3) an den feinen Nervenkanälchen der Schnecke; 4) am Stamme des N. acusticus.

Die Veränderungen bestanden in Atrophie bezw. Degeneration der präformierten nervösen Elemente, also des Corti'schen Organes, des Ganglion cochleare, der feinen Nervenverzweigungen des Stammes des Acusticus, sowie in Neubildung von Bindegewebe.

Herr A. Blau (Görlitz): Über den experimentellen Verschluß des runden Fensters.

Es wurde bei 25 Katzen bezw. Hunden das runde Fenster fest verschlossen und die Tiere 14 Tage bis 5 Monate am Leben erhalten.

Die doppelseitig operierten Tiere verhielten sich reaktionslos dem Schalle gegenüber, die einseitig operierten normal, bezw. bei Annäherung an die operierte Seite ab und zu träger.

Es traten Gangstörungen auf, Schwanken, Schiefgehen usw., die nach mehr oder weniger langer Zeit schwanden.

Herr Heine (Berlin): Über die Behandlung der akuten eitrigen Mittelohrentzündung mittels Stauungshyperämie nach Bier.

Vortr. hat in der Lucae'schen Klinik mit diesem Verfahren 19 Fälle, bezw., da 4 doppelseitig waren, 23 Mittelohrentzündungen behandelt, die sich auf folgende Gruppen verteilten: Otitis media ohne Perforation 2, Otitis media perforativa ohne Mastoiditis 3 bezw. 4, Otitis media mit Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes ohne Schwellung 6, mit Infiltration der Weichteile 5, mit subperiostalem Abszeß 3. 9 Fälle sind gänzlich geheilt worden, bei 2 ist die Mastoiditis — wenigstens äußerlich — zurückgegangen und 8 sind operiert worden. Bei den übrigen 4 Ohren plus den 2 obenerwähnten wird die Stauung noch fortgesetzt. Unter den Geheilten befinden sich 2 Fälle von Abszeß, bei denen der Eiter nur durch eine kleine Inzision abgelassen wurde (der 3. wird voraussichtlich auch auf diese Weise zur Heilung kommen). In einem Falle von Bezold'scher Mastoiditis, bei dem durchaus die Operation indiziert schien, ist die Schwellung vollkommen zurückgegangen, so daß von einer Warzenfortsatzerkrankung jetzt nichts mehr wahrzunehmen ist. Es besteht nur noch eine geringe schleimig-eitrige Sekretion.

H. glaubt nach seinen bisherigen Erfahrungen, daß es sich empfiehlt, die Bier'sche Stauung in erster Linie bei Fällen von Mastoiditis mit Abszeß oder Infiltration der Weichteile weiter versuchsweise anzuwenden.

Unbedenklich ist aber auch bei Mittelohreiterungen das Verfahren nicht.

Herr Henrici (Rostock) spricht über die Warzenfortsatztuberkulose m Kindesalter.

Er weist darauf hin, daß die Tuberkulose des Warzenfortsatzes im Kindesalter unerwartet häufig vorkommt, und daß die Tuberkulose auf dem Wege der Blutbahn und nicht durch die Ausbreitung einer Paukenhöhlentuberkulose in den Warzenfortsatz gelangt.

Herr R. Hoffmann (Dresden): Fall von doppelseitiger akuter genuiner Otitis.

Aus dem Eiter des Warzenfortsatzes Diplokokkus lanceolatus. Bei der Sektion: eitrige Meningitis, große Hirnhaut- und Hirnblutung. Kleine Thromben im Längs- und in den Querblutleitern. Sinus sigmoideus und Bulbus venae jugularis frei von Thrombose. Lungenabszeß, eitrige fibrinöse Entzündung der äußeren Herzbeutelfläche und des linken Brustfelles. Im Eiter der Perikarditis ebenfalls Diplokokkus. Vortr. deutet den Fall als Pyämie durch Bakteriämie. Lungenabszeß ist möglicherweise von den Thromben aus entstanden, die nicht mit der Otitis zusammenhängen, sondern Kompressionsthromben sind infolge der starken Hirn- und Hirnhautblutung.

Herr R. Pause (Dresden): Die klinische Untersuchung des Gleichgewichtssinnes.

P. betont, daß bei Labyrinthleiden darauf zu achten ist, daß stets eine bestimmte Lage oder Bewegungsrichtung vorgetäuscht wird. Z. B. wird bei Reiz der lateralen Ampulle die subkortikale Vorstellung erweckt, als drehe sich das Gesichtsfeld nach der kranken Seite. Die Augen folgen dieser Bewegung langsam und kehren mit schnellem Ruck in die Anfangsstellung zurück, die Empfindung ist eine Bewegung des Körpers nach der Gegenseite; bei genügender Stärke des Reizes wird der Körper nach rechts geworfen. Die verbessernden Bewegungen gehen nach der gesunden Seite. Entsprechend sind die Folgen des Reizes der

anderen Nervenstellen. Es ist deshalb bei der Schilderung der Gleichgewichtsstörungen anzugeben, wohin die schnellen Schläge des Nystagmus gerichtet sind, wohin der Körper bewegt oder als bewegt empfunden wird. Ausdrücke, wie »Schwindel-Nystagmus« genügen nicht als Bezeichnung genauer Diagnose.

Herr Eschweiler (Bonn): Demonstration zur pathologischen Histologie des Stirnhöhlenempyems.

Vortr. berichtet an der Hand der mikroskopischen Präparate und danach angefertigten Tafeln über die Untersuchung von chronischem Empyem der Stirnhöhle. Es wurde die Schleimhaut der Vorderwand, in einem Fall auch diejenige der Hinterwand, und der Knochen der frontalen Wand untersucht. Während der Knochen nur wenig pathologisch-anatomische Veränderungen zeigte, war die Schleimhaut stets hochgradig verdickt, zellig infiltriert und mehr oder weniger papillär degeneriert. Es ließen sich an den vier zur Beobachtung gelangten Fällen die anatomisch zu untersuchenden Typen feststellen, denen auch klinisch die verschiedenen Formen der Erkrankung entsprachen.

Herr G. Krebs (Hildesheim): Zur Caries der medialen Paukenwand.

K. schließt aus Fällen, bei welchen vor der Totalaufmeißelung des Mittelohres die gut übersichtliche mediale Paukenwand gesund war, nachher aber Caries aufwies, daß es eine artifizielle Caries der medialen Paukenwand gibt. Ursachen derselben sind 1) Fehler bei der Operation, 2) bei der Nachbehandlung: ad 1) direkte Verletzung mit dem Meißel, versehentliches Zurücklassen von Knochensplittern in der Pauke, Druck mit Stacke's Schützer, Anwendung des scharfen Löffels in der Paukenhöhle; ad 2) zu feste Tamponade, zuwenig tiefe Tamponade, zu häufiger Verbandwechsel, Ätzungen des gesunden Mukoperiosts, namentlich durch Chromsäure. Zum Schluß spricht Vortr. über die Ätiologie der genuinen Caries der medialen Paukenwand, sowie über die Therapie.

Herr Haug (München): Zur konservativen Behandlung der Recessuseiterungen.

H. behandelte 98 Fälle von Recessuseiterung mit einer bestimmten Methode, von denen 64 innerhalb 10—30 Tagen zur Ausheilung gelangten. Sie besteht aus Ausspülungen der Recessusöffnung zunächst mit übermangansaurem Kali oder Borsäure, hierauf Austrocknung mit Watte, sodann Injektion von einer Lösung von Perhydrol 10,0 auf Alkohol und Glyzerin āā 20,0 durch die Paukenröhre. Diese Lösung bleibt 14 Minuten im Ohre. Hernach Einpinselung oder Einbringung von Jodi puri 1,0, Kali jodati 1,0, Glyzerin 10,0. Nicht wieder abwischen; Einlage von Gaze. Das Verfahren wird höchstens dreimal wiederholt in Zwischenräumen von je 5—10 Tagen. Hat sich bis zum zweiten oder dritten Male die Heilung noch nicht eingestellt, so ist es zu verlassen.

Herr F. Alexander (Frankfurt a. M.) berichtet über zwei seltene Fälle von Augenkomplikationen bei Nebenhöhlenempyem.

I. 41jähriger Mann erkrankt nach Influenza an einem akuten Rezidiv eines Empyems der linken Keilbeinhöhle und des rechten hinteren Siebbeinlabyrinths mit beiderseitiger Papillitis. Breite, endonasale Eröffnung führt zu vollkommener Beseitigung der Sehstörung.

II. 14jähriges Mädchen mit linksseitigem Empyem der Kieferhöhle und vorderen Siebbeinzellen bekommt am rechten Auge einen Glaskörperabszeß. Eröffnung der Kieferhöhle und Siebbeinzellen führt zur Resorption des Glaskörperabszesses unter Hebung der Sehschärfe von Fingerzählen auf 0,5 m bis $S = {}^4/_{10}$. Verf. faßt diese Komplikation als Metastase auf und konnte in der Literatur hierfür kein Analogon finden.

Herr Manasse (Straßburg) demonstriert mikroskopische Präparate von beiden Labyrinthen eines durch Kopftrauma 15 Jahre vor dem Tode ertaubten Mannes.

Man sieht auf beiden Seiten fast genau symmetrisch eine Fissur im Promontorium und Stapes. Interessant ist, daß jetzt, nach 15 Jahren, keine knöcherne, sondern nur bindegewebige Verlötung der Frakturstellen erfolgt ist, dagegen aus-

gedehnte Bindegewebs- und Knochenneubildung im Vestibularapparat und in der Schnecke, fernerhin Atrophie des Corti'schen Organes, des Ganglion cochleare, sowie Degenerationsherde im Stamme des N. acusticus. (Ausführliche Publikation an anderer Stelle.) **Denker** (Erlangen).

---

20) **Broeckaert.** Les injections à froid de paraffine.

(Presse méd. 1904. Nr. 96.)

Die geringe Handlichkeit der von Sagarde — und gleichzeitig, unabhängig von diesem, von Stein, Gersuny, Smith und Connell — konstruierten Spritze zur subkutanen Paraffininjektion haben den Verf. bewogen, ein Instrument zu konstruieren, welches, ebenso wie die von Sagarde angegebene Spritze, die Paraffininjektion ohne die Notwendigkeit der Erhitzung desselben durch mechanische Verflüssigung des Paraffins ermöglicht und sich bequem mit einer Hand dirigieren läßt.

Das Instrument besteht aus einer 9 cm langen Metallspritze mit einem $11^1/_2$ cm langen Metallstempel und aus einem federnden Hebel, dessen beide Branchen je 20 cm lang sind. Die vordere Branche des Hebels wird mittels Hakens an der hinteren Öffnung der Spritze fixiert, die hintere Hebelbranche ist beweglich und faßt, wenn man den Hebel wie einen Nadelhalter zudrückt, in eine Zahnreihe, welche an dem Metallstempel angebracht ist, wodurch der letztere unter starkem Drucke nach vorn geschoben wird.

Durch den Druck wird das in der Spritze befindliche Paraffin mechanisch flüssig gemacht und entweicht durch die vorn aufgesetzte gerade oder bajonettförmig gebogene Kanüle.

Das Instrument ist von A. Fischer in Brüssel angefertigt.

Kurze Auslassungen über Paraffininjektionen überhaupt beendigen die Arbeit. **Grunert** (Dresden).

21) **A. Hofmann** (Freiburg i. Br.). Flügeldrain.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Eine gewöhnliche Gummidrainröhre trägt an einem Ende eine zur Achse der Röhre senkrecht stehende Platte, die in vier Flügel ausläuft; diese werden an ihren freien Enden nach Einlegen des Drains in die Wundhöhle mit Heftpflasterstreifen an der Haut befestigt. (Firma Fischer in Freiburg i. Br., Kaiserstraße 115, liefert das Drain in mehreren Größen.) **Kramer** (Glogau).

22) **Wilms** (Leipzig). Serumbehandlung des Milzbrandes.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 23.)

Bei dem obiger Behandlung mittels Injektionen von Sobernheim'schem Milzbrandserum in die Vena mediana unterworfenen ersten Pat. war von der Milzbrandpustel an der linken Schläfe die entzündliche Schwellung über das Gesicht nach dem Hals und Brustkorb weiter fortgeschritten und mit allgemeiner Entkräftung auch bedrohliche Herzschwäche aufgetreten. Die erste Serumeinspritzung (20 ccm) am 7. Tage führte zu starker Schweißabsonderung; nach den 5 folgenden ging die Schwellung langsam zurück, und besserte sich das Allgemeinbefinden zusehends; Heilung. — Beim zweiten Pat. fehlten die schweren Allgemeinerscheinungen, bestand indes gleichfalls starke Schwellung des Gesichtes und Halses; der Kranke erhielt zwei Injektionen und wurde gleichfalls geheilt. — Schädliche Einwirkungen durch das Serum hat W. nicht beobachtet; er ist geneigt, die günstige Wirkung auf die Anwendung des Milzbrandserums zurückzuführen.

Kramer (Glogau).

23) **Neudörfer.** Zur intravenösen Sauerstoffinfusion.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 4.)

Mitteilung aus dem Rudolfinerhaus, in welchem Gersuny in einem Falle von schwerer Kompression der Luftröhre durch Geschwülste (nach vorausgegangener erfolgloser Tracheotomie) in die Vena mediana mittels des von Gärtner an-

gegebenen Gasometers Sauerstoff einführte. Dauer 8 Minuten; da keine Graduierung des Gasometers vorhanden, ließ sich die in dieser Zeit übergegangene Menge des Sauerstoffes nicht messen. »Respiration bei anscheinend freiem Atemwege selten und schnappend, Puls klein und fliegend, an den oberen Extremitäten tonische, klonische Krämpfe. Pat. bot vollkommen das Bild eines Sterbenden. Infusion von Sauerstoff. Nach 4 Minuten Puls regelmäßiger und kräftiger, Schwinden der Cyanose, Respiration tiefer und regelmäßiger. Wenige Minuten nach Beendigung der Infusion war Pat. wieder bei Bewußtsein und schrieb auf einen Zettel, er wolle essen und dann schlafen. Dasselbe Bild wiederholte sich noch einmal; wieder derselbe Erfolg. Nach einigen Tagen, ohne Wiederholung eines Erstickungsanfalles, Tod an Herzschwäche. **Hübener** (Dresden).

24) **C. Elsberg.** On the treatment of chronic osteomyelitis and of chronic bone cavities by the iodoform wax filling.

(Med. news 1905. April 15.)

Verf. empfiehlt die Methode der Mosetig-Moorhof'schen Jodoformplombe als brauchbar und bei weiterer Ausbildung als vielversprechend. Seine zehn Fälle betrafen alle schon mehrfach erfolglos operierte osteomyelitische und tuberkulöse Prozesse. Er benutzte eine nur 20%ige Jodoformplombe, da er bei der vom Erfinder angegebenen eine Vergiftung erlebte. Die Esmarch'sche Blutleere hebt Verf. nach Ausräumen der Höhle auf; ferner gießt er die Mischung nicht in flüssigem Zustande ein, sondern verrührt dieselbe, bis sie die Konsistenz von Kitt erhält, und bringt erst dann die Füllung in die Knochenhöhle. Die Wunde wurde immer drainiert.

Vier Fälle heilten ohne Störung. In einem Falle wurde ein Teil der Plombe ausgestoßen, in einem zweiten die ganze. Doch auch diese Fälle heilten ohne weitere Störung.

Bei einem Pat. wurde die Plombe ausgestoßen und der Knochen zufällig gebrochen, worauf Heilung eintrat. In drei Fällen blieb die Höhle nicht aseptisch.

Die Methode bedeutet nach Verf.'s Ansicht bei Gelingen eine beträchtliche Verkürzung der Heilungsdauer und selbst beim Ausfallen der Plombe eine Beschleunigung des Heilprozesses. **Hofmann** (Heidelberg).

25) **Van den Bergh.** Resultats éloignés de la transplantation des tendons.

(Soc. méd.-chir. d'Anvers. Annales 1905. März.)

Verf. stellt ein Mädchen mit hochgradigem Klumpfuß vor, welchen er vor $5^1/_2$ Jahren operiert hatte. Er hatte die Achillessehne und die Plantaraponeurose durchschnitten, Gipsverband angelegt, später elektrisiert und massiert ohne Erfolg 2 Monate lang. Dann durchschnitt er die Sehne des Extensor halluc. long. und vernähte ihr peripheres Ende mit der Sehne des Tibialis ant.; vom Extensor communis durchschnitt er $^1/_3$, löste es auf 4 cm ab und vernähte es ebenfalls mit dem Tibialis ant. Er erzielte ein vortreffliches Resultat, so daß die Operierte heute (nach $5^1/_2$ Jahren) einen normalen Gang hat. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

26) **J. Gobet.** Ein schwerer Fall von traumatischem Tetanus, geheilt durch Duralinfusion von Behring'schem Tetanusserum.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Schwerer Fall bei einer 48jährigen Frau, Inkubationsdauer 7 Tage, rasche Entwicklung der Symptome. Zweimalige Duralinfusion (von 100 Antitoxineinheiten) nach Entleerung von je 20 ccm Zerebrospinalflüssigkeit durch Lumbalpunktion. Die erste Injektion fand 7 Tage nach Ausbruch der ersten Symptome statt, die zweite 3 Tage später. Am 2. Tage nach der zweiten Infusion trat der letzte Anfall auf. **Hübener** (Dresden).

27) **Wern.** Über Komplikationen von intrathoracischen Strumen.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1905.

Mitteilung zweier Fälle von Struma intrathoracica. Im ersten Falle führte eine substernal gelegene Kropfcyste bei einer 52jährigen Frau zu einer schweren Kompression der Luftröhre. Tracheotomie und im Verlaufe der Behandlung Durchbruch der Cyste in die Luftröhre, worauf dauernde Heilung eintrat. — Im zweiten Falle hatte eine zum Teil supra-, zum Teil substernal gelegene Kropfcyste bei einem 35jährigen Arbeiter die Luftröhre nach rechts verlagert. Gelegentlich eines Streites hatte derselbe einen Stoß gegen die untere Halspartie erhalten. Es kam infolgedessen zu einer starken Blutung in die Cyste, die zu einer so schweren Luftröhrenkompression führte, daß binnen kurzem, noch bevor ärztliche Hilfe geleistet werden konnte, der Tod an Erstickung eintrat.

Deutschländer (Hamburg).

28) **Barthelmé.** Erfahrungen über Stich- und Schußverletzungen des Thorax.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1905.

B. teilt die Kasuistik von 96 Stich- und Schußverletzungen des Brustkorbes mit, die in dem Zeitraume von 1894—1903 in der Straßburger chirurgischen Universitätsklinik klinisch beobachtet worden waren. Die Behandlung der nicht penetrierenden Brustverletzungen — 39 Stich- bezw. Schnittwunden, 7 Schußwunden — war in der Regel rein konservativ; nur in zwei Fällen wurde wegen Verdachtes der Mitverletzung anderer Organe die Erweiterung des Wundkanales vorgenommen. Auch bei den penetrierenden, aber nicht komplizierten Lungenverletzungen (38 Fälle, 25 Stich-, 13 Schußwunden) wurde von einem aktiven Vorgehen Abstand genommen; nur in 9 Fällen wurde ein stärker auftretender Hämothorax punktiert. Pneumothorax wurde in dieser Gruppe relativ selten — nur 11mal — beobachtet. Bei den komplizierten Fällen wurden Verletzungen der Mammaria interna, des Herzbeutels, der Speiseröhre, des Zwerchfelles, des Magens und der Milz beobachtet. Bezüglich der Einzelheiten muß auf die ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten und die epikritischen Bemerkungen des Verf.s hingewiesen werden.

Deutschländer (Hamburg).

29) **W. Bichler.** Ein Fall eines Fremdkörpers im Brustfellsacke.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 22.)

Ein Arbeiter hatte sich eine Kreissägenverletzung an der rechten unteren Schlüsselbeingegend zugezogen und infolgedessen allmählich ein Empyem der rechten Pleurahöhle erworben, das am 15. Tage durch Operation (Resektion der 9. Rippe) in der Scapularlinie) entleert wurde. Fieber und Schmerzen in der rechten Schultergegend ließen trotzdem nicht nach, bis endlich nach mehreren Wochen sich aus dem Drain der fast verheilten Operationswunde ein Hemdfetzen von 3—4 cm Breite und 8—9 cm Länge, der bei der Verletzung in die Wunde gepreßt worden und fast um die ganze Lunge von vorn nach hinten und von oben nach unten herumgewandert war, hervortrat und entfernt werden konnte. Heilung.

Kramer (Glogau).

30) **T. Meissl.** Über die operative Therapie des Mammakarzinome und deren Dauererfolge.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 51.)

M. gibt eine Bearbeitung der von 1890 bis 1901 in der Albert-v. Eiselsberg'schen Klinik operierte Brustkrebse und vergleichende Untersuchungen der Ergebnisse der verschiedenen Operationsmethoden (6). Er faßt das Ergebnis seiner Arbeit in folgenden Sätzen zusammen:

1) Das Mammakarzinom muß so frühzeitig wie möglich und auch dann nach der radikalsten Methode operiert werden. Als solche empfiehlt M. die nach

Rotter, da der Klinik eigene Erfahrungen über die nach Halsted nicht zur Verfügung stehen.

2) Die absolute Heilungsziffer beträgt in der v. Eiselsberg'schen Klinik in dem angegebenen Zeitraume ca. 18%.

3) Der Wert der einzelnen Operationsmethoden des Brustkrebses aus den Dauerheilungsresultaten kann nur unter Berücksichtigung des Stadiums, in dem die Fälle zur Operation gelangen, bemessen werden, für welche als Maßstab die Prozentzahl der nach vorgenommener Operation an inneren Metastasen ohne Lokalrezidive Verstorbenen gelten kann. **Hübener** (Dresden).

31) **Forjahn.** Beitrag zur Chirurgie des Mesenteriums mit besonderer Berücksichtigung der Prognose.

Inaug.-Diss., Rostock, 1904.

Nach einigen allgemein-statistischen Bemerkungen über die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle von Cystenbildungen und von Neubildungen und entzündlichen Erkrankungen des Gekröses werden fünf Fälle von Mesenterialcysten und fünf Fälle von soliden Mesenterialgeschwülsten, die Prof. Müller in Aachen und Rostock operiert hat, genau beschrieben durch Wiedergabe der Krankengeschichten. Nach Müller's Resultaten bei Operation der soliden Mesenterialgeschwülste ist die Prognose dieser Erkrankungen, sobald es sich um bösartige Geschwülste handelt, als äußerst ungünstig anzusehen.

Dettmer (Bromberg).

32) **V. Lotze.** Zur Kasuistik der Netztumoren. (Aus der medizinischen Klinik der Universität zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

Die kindskopfgroße, rasch gewachsene Geschwulst war bei dem 25jährigen Pat. nach der Leber und Milz, ebenso nach rechts und links scharf abgrenzbar und mäßig beweglich unter den verschieblichen Bauchdecken in der Mitte des Bauches gelegen. Fieber hatte nie bestanden, ebenso Stenosenerscheinungen von seiten des Magens und Darmes stets gefehlt. Bei der Operation fand sich als Ausgangspunkt der festen Geschwulst das große Netz; die mit der Umgebung kaum verwachsene Neubildung war ein Sarkom und ließ sich leicht exstirpieren. Indes traten schon nach wenigen Monaten Symptome von seiten der Blase auf, die auf Metastasenbildung zurückgeführt wurden. **Kramer** (Glogau).

33) **F. Adolph.** Über primäre bösartige Neubildungen der Milz.

(Berliner Klinik 1905. Hft. 202.)

Ausführliche Krankengeschichte eines in Frankfurt beobachteten Falles, der in seinem klinischen Verlaufe die Merkmale einer primären bösartigen Neubildung der Milz zeigte. Probelaparotomie. Bei der 3 Monate später erfolgenden Sektion lautete die mikroskopische Diagnose (Weigert): Lymphsarkom, wobei unentschieden blieb, ob der Krankheitsprozeß als eine generalisierte Lymphosarkomatose der lymphatischen Apparate mit vorwiegender Beteiligung der Milz oder als ein primäres Lymphosarkom der Milz mit Metastasenbildung aufzufassen sei.

Die Literatur enthält 19 Fälle primärer sarkomatöser Neubildungen, die eingehend besprochen werden.

Das Literaturverzeichnis umfaßt 28 Nummern. **Georg Schmidt** (Berlin).

34) **Hartmann.** Travaux de chirurgie anatomo-clinique.

Paris, **G. Steinheil,** 1904.

Die vorliegende zweite Serie von Arbeiten aus dem Krankenhause Lariboisière schließt sich wiederum dem Jahresberichte der Klinik an und umfaßt auf 337 Seiten (inkl. 14 Seiten des Berichtes) 15 Arbeiten von Henri Hartmann, Paul Lecène, Paul Lebreton, Lavenant, Prat, Ch. Esmonet und Bernard Cunéo, welche sämtlich den Urogenitaltraktus behandeln.

Die erste Arbeit, von Hartmann und Lecène, behandelt die Geschwülste der Nebenniere (Adenom, Fibrom, Lipom, Angiom und die bösartigen Geschwülste), erläutert durch vorzügliche mikroskopische Abbildungen, wie überhaupt 105 sehr scharfe Abbildungen das Werk auszeichnen.

Die zweite Arbeit, von Lecène, behandelt die soliden Geschwülste der Niere und umfaßt allein 153 Seiten des Werkes. Sie bringt nach einer besonderen Einteilung der Geschwülste vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus im allgemeinen nichts Neues bietende Ausführungen über Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Behandlung, wobei auf die vergleichenden Statistiken besonders aufmerksam gemacht sei, und schließt mit den ausführlichen Berichten von 12 Fällen eigener Beobachtung.

Über zwei Fälle von Cystenniere, die eine davon auch Wanderniere, berichtet Hartmann in der dritten Arbeit.

Einen zur Heilung gebrachten Fall von Unterbindung der Vena cava inferior aus Anlaß ihrer Verletzung bei einer Nephrektomie behandelt die nächste Arbeit von Hartmann, und im Anschluß daran sind von seinen Schülern Gosset und Lecène Versuche an Hunden angestellt worden, mit dem Resultate, daß die Unterbindung der Vena cava inferior unterhalb der Einmündung der Nierenvenen keinerlei Nachteile zur Folge hatte, daß dagegen auf die Unterbindung oberhalb der Einmündung der Nierenvenen der Tod folgte unter starker Schädigung des Nierengewebes beiderseits. Dasselbe geschah in noch beschleunigtem Maße nach der doppelten Ligatur ober- und unterhalb der Einmündung der Nierenvenen, wobei es gleichgültig war, ob eine einseitige Nierenexstirpation gleichzeitig ausgeführt wurde oder nicht.

Die fünfte Arbeit, von Hartmann, redet dem Luys'schen Harnscheider das Wort. Die bequemste Lagerung der Pat. bei Anwendung des Luys'schen Instrumentes ist der Sitz auf einem Untersuchungstische, wobei der Oberkörper in eine Mittelstellung zwischen horizontaler und vertikaler Lage, die Oberschenkel in horizontale und die Unterschenkel in vertikale Stellung kommen. Bei dieser Art der Anwendung gibt Verf. dem Instrumente bei weitem den Vorzug vor dem Harnleiterkatheter.

Durch ganz besondere Exaktheit und durch scharfe Bilder vorzüglicher Präparate zeichnet sich die nächste Arbeit über die Anatomie der Cowper'schen Drüsen von Lebreton aus.

Im Anschluß daran berichtet Hartmann in der folgenden Arbeit über einen der sehr seltenen Fälle von Cystenbildung der Cowper'schen Drüsen bei einem 55jährigen Mann, aus dessen Anamnese eine 13 Jahre zurückliegende und normal verlaufene Gonorrhöe in Zusammenhang mit der jetzigen Erkrankung gebracht wird.

Derselbe Autor gibt sodann die Krankengeschichten zweier Fälle von Urinretention infolge von Beckenechinokokken. Der erste Fall wurde durch Operation geheilt, der zweite entzog sich der vorgeschlagenen Operation.

Die beiden folgenden Arbeiten behandeln das primäre Karzinom der Harnröhre (Lavenant) und einen — unter der Diagnose: Neoplasma operierten — Fall von Tuberkulose der Harnröhre (Lecène und Prat).

Die folgende, experimentelle Arbeit, von Esmonet, über Hodentuberkulose, beschäftigt sich mit den Ergebnissen von 29 Versuchen an Hunden, welche infiziert wurden durch Injektionen in die Hodensubstanz, in die Art. spermatica, in den venösen Kreislauf und in das Vas deferens. Nur in den ersten beiden Arten der Injektionen war die Infektion des Hodens positiv. In diesen Fällen wurden therapeutische Injektionen von Naphthol und Tuberkulin in die Art. spermatica mit gutem Erfolg angewandt.

Von demselben Verf. ist die nächste, experimentelle Arbeit: Technik der Erzeugung von Orchitiden durch Injektionen in die Art. spermatica und Unterbindung der letzteren.

Von einer infizierten, durch Operation geheilten Hydrohämatokele en Bissac von enormer Ausdehnung (45 cm lang und 44 cm Umfang im skrotalen Teile) berichtet Hartmann in der nächsten Arbeit.

Die beiden letzten Arbeiten, bakteriologische Untersuchungen des durch Punktion gewonnenen Hydrokeleninhaltes bei Epididymitis (Hartmann, Esmonet und Lecène) und histologische Untersuchungen der gonorrhoischen Epididymitis (Cunéo) haben speziell urologisches Interesse. **Grunert** (Dresden).

35) **Garrod and Wynne-Davies.** Congenital defect of abdominal wall and of the genito-urinary apparatus.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 18.)

Klinischer und Sektionsbericht über ein männliches Kind mit fast völligem Mangel der Bauchmuskeln, Hypertrophie und Erweiterung der Harnblase, einer lineären Nabelnarbe und Kryptorchismus. Mikroskopische Untersuchungen des Rückenmarkes und der Muskeln schlossen intra-uterine Poliomyelitis aus. Von den drei Theorien, die Stumme in seiner Monographie über die Entstehung dieses Defektes aufstellt — Hypertrophie der Blase infolge von Atrophie oder Nichtentwicklung der Bauchmuskeln, gemeinsame Ursache beider Mißbildungen, Bauchmuskelatrophie infolge von vorübergehender intra-uteriner Behinderung der Urinentleerung —, nehmen Verff. die letztere als wahrscheinlichste für ihren Fall in Anspruch. **W. Weber** (Dresden).

36) **R. Paschkis.** Über eine eigenartige kongenitale Harnröhrenfistel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

In der Büdinger'schen Abteilung wurde ein 8jähriger Knabe wegen einer ungewöhnlichen Art von Harnröhrenfistel operiert. Es bestand auf der Unterfläche des Penis ein etwa 2 cm langer Defekt der Haut, hinter einem etwa kleinfingerbreiten Rande ziemlich normaler Haut, die dem Präputium angehörte, beginnend. Hier liegt das Corpus cavernosum urethrae frei. An beiden Seiten desselben findet sich eine etwa 1 cm lange, schlitzförmige, in der Längsrichtung verlaufende Öffnung, aus der bei der Miktion, ebenso wie aus dem normal gebildeten Orificium externum Urin herausläuft. Eine unkomplizierte Plastik führte zu völliger Heilung. **Hübener** (Dresden).

37) **Nicolich.** Sur le traitement des prostatiques en rétention incomplète chronique aseptique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 9.)

Verf. berichtet über vier Fälle von Prostatitis mit unvollständiger aseptischer Urinretention und Blasendilatation, in denen er durch die transvesikale Prostatektomie vollkommene Heilung mit guter Blasenfunktion erzielte. Die Operierten urinieren wieder spontan, die Miktionen sind normal, Residualharn ist nicht vorhanden. Nach den Erfahrungen des Verf.s ist die transvesikale Prostatektomie leichter, rascher und vollständiger auszuführen, als die perineale Methode. Weder die Blasen- noch die Bauchwunde wird genäht, dagegen die Blase mit Jodoformgaze tamponiert; ein Dauerkatheter wird nicht eingelegt. Durchschnittlich schloß sich die Blasenwunde nach 20, die Bauchwunde nach 35 Tagen.

Paul Wagner (Leipzig).

38) **B. Kaveczky.** Un cas de kyste echinococcique autour de la prostate opéré et guéri.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 9.)

Bei einem 46jährigen Kranken, der über erschwertes Urinieren klagte, ergab die Untersuchung per rectum eine fast kindskopfgroße, platte, fluktuierende Geschwulst, die die Stelle der Prostata einnahm und Mastdarm und Blasenhals komprimierte. Eine vom Mastdarm aus vorgenommene Punktion der Cyste ergab eine klare, eiweißfreie Flüssigkeit; die mikroskopische Untersuchung ergab ein Echinokokkushäkchen. Perineale Exstirpation der Cyste; Jodoformgazetamponade, Dauerkatheter. Heilung. Die Echinokokkuscyste hatte sich in diesem Falle wahrscheinlich in dem die Prostata umgebenden Bindegewebe entwickelt.

Paul Wagner (Leipzig).

39) **Serralach.** Diverticule vésical d'origine probablement traumatique sans obstacle à l'emission de l'urine.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 11.)

Ausführliche Mitteilung eines Falles von wahrscheinlich traumatischem Blasendivertikel bedeutender Größe bei einem 32jährigen Manne. Verf. bespricht namentlich sehr genau die Differentialdiagnose zwischen Blasendivertikel und angeborener Doppelblase. **Paul Wagner** (Leipzig).

40) **B. Sutton.** Kidney which contained more than forty thousand iridescent calculi.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

38jähriger Mann. Diagnose auf Nierensteine klinisch gestellt und röntgographisch bestätigt. Nephrektomie. Heilung. Die in einen vielbuchtigen Sack verwandelte Niere enthielt Eiter und Steine der verschiedensten Größe, insgesamt weit über 40000 Stück, durch Zählung festgestellt. **W. Weber** (Dresden).

41) **Oraison.** Sur deux cas de calculs du rein, l'un septique avec coexistence d'épithélioma du bassinet, l'autre aseptique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 10.)

Der erste Fall betraf eine 50jährige Frau, die seit ihrem 22. Jahre an Steinbeschwerden litt. Es entwickelten sich schließlich die Symptome einer schweren septischen Steinniere. Durch die Nephrotomie wurde ein 107 g schweres Konkrement zutage befördert. 3 Tage nach der Operation Tod im Koma. Die genaue Untersuchung der operierten Niere ergab, daß sich im Nierenbecken außerdem ein verhältnismäßig großes Pflasterzellenepitheliom entwickelt hatte.

Der zweite Fall ist ein typisches Beispiel für eine aseptische Steinniere. Bei dem 27jährigen Kranken wurde mittels Nephrolithotomie ein haselnußgroßes Konkrement entfernt. Heilung. **Paul Wagner** (Leipzig).

Der erste Kongreß der internationalen chirurgischen Gesellschaft

findet im September 1905 unter dem Vorsitze Kocher's in Brüssel statt. Auf der Tagesordnung stehen:

1. *Der Wert der Blutuntersuchung in der Chirurgie; Ref. W. Keen (Philadelphia), Sonnenburg (Berlin), Ortitz de la Torre (Madrid), Depage (Brüssel).*
2. *Behandlung der Prostatahypertrophie; Ref. Reginald Harrison (London), Rovsing (Kopenhagen), v. Rydygier (Lemberg).*
3. *Die Chirurgie der nicht krebsigen Magenleiden; Ref. Mayo Robson (London), von Eiselsberg (Wien), Mattoli (Ascoli Piceno), Monprofit (Angers), Rotgans (Amsterdam), Jonnesco (Bukarest).*
4. *Behandlung der Gelenktuberkulose; Ref. Bier (Bonn), Broca (Paris), Bradford (Boston), Codivilla (Boulogne), Willems (Genf).*
5. *Behandlung der Peritonitis; Ref. Lennandor (Upsala), Friedrich (Greifswald), Lejars (Paris), Mc Cosh (Neuyork), Krogius (Helsingfors), de Isla (Madrid).*
6. *Diagnose der chirurgischen Nierenerkrankungen; Ref. Albarran (Paris), Kümmell (Hamburg), Giordano (Venedig), Lambotte (Brüssel).*

Delegierter für Deutschland, der auf die den Kongreß bezüglichen Fragen Auskunft erteilt, ist Geh.-Rat Sonnenburg in Berlin W., Hitzigstr. 3.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 30. **Sonnabend, den 29. Juli.** **1905.**

I.

Zur Chirurgie der Halsdrüsen.

Von

Dr. **A. Most** in Breslau.

Bekanntlich existieren im Retropharyngealraum Drüsen, welche nicht selten zu Entzündungen und Eiterungen Anlaß geben. Es sind dies je eine oder zwei Lymphdrüsen, welche in typischer Weise symmetrisch auf beiden Seiten der hinteren Pharynxwand, auf der Fascia bucco-pharyngea gelegen sind, nahe dem Winkel, welchen die hintere mit der seitlichen Parynxwand bildet. Sie befinden sich daselbst nächst der Carotis interna und median von ihr, unweit von deren Eintritt in den Canalis caroticus des Schädels. Das Quellgebiet dieser Drüsen ist ein ausgebreitetes, indem der hintere Teil des Pharynx

das Naseninnere mit seinen Nebenhöhlen, sowie die Tuba Eustachii und die Paukenhöhle hierher gehören[1].

Diese retropharyngealen Lymphdrüsen sind bekanntermaßen in der Regel der Sitz des akuten Retropharyngealabszesses der Kinder; aber auch tuberkulöse Entzündungen siedeln sich in denselben an, und nicht allein im Kindesalter, sondern auch in späteren Jahren wurden diese Lymphknoten käsig und sogar krebsig entartet vorgefunden[2].

Der Gedanke lag also nahe, auch bei Drüsenoperationen im Halsgebiete dem Verhalten jener Follikelapparate die entsprechende Aufmerksamkeit zuzuwenden. Soweit jedoch meine persönliche Erfahrung und meine Kenntnis der Literatur reichen, ist dies in zielbewußter Weise wohl kaum geschehen. Hält sich doch der Operateur, wenigstens bei seinen Lymphomexstirpationen, gewöhnlich an die sichtbaren und fühlbaren Drüsenkörper am Kinn, am Kopfnickerrande und besonders an jene, welche die Vena jugularis umgeben. Medianwärts über die Carotis interna hinweg, bis zum Retropharyngealraume, dringt er meines Wissens wohl kaum, es sei denn, daß jene Drüsen durch ihre Schwellung sich mehr oder weniger dem Operationsgebiete nähern. Dies geschieht jedoch selten, da jene Lymphknoten, wenn sie nicht eitrig zerfallen, meist relativ klein bleiben.

Daß diesen retropharyngealen Drüsen aber doch eine gewisse praktische Bedeutung zukommt, zeigen die tuberkulösen Eiterungen in den retropharyngealen Drüsen, von denen mir jüngst ein Fall zur Beobachtung kam.

Ein 27jähriges Mädchen, welches ich wiederholt wegen ausgebreiteter doppelseitiger Halsdrüsentuberkulose operiert hatte, zeigte sich Ende April d. J. mit einer runden, scharf umschriebenen, etwa haselnußgroßen, fluktuierenden Vorwölbung der hinteren Rachenwand, welche den Raum zwischen rechtem hinteren Gaumenbogen und der Uvula einnahm und sonach genau der Lokalisation der Retropharyngealdrüse entsprach. Die Inzision entleerte eine geringe Menge tuberkulösen Eiters.

Es war hier die Retropharyngealdrüse tuberkulös entartet und eitrig zerfallen. Die Eiterung hat zwar inzwischen sistiert, doch besteht jetzt noch ein retropharyngealer Drüsentumor.

Seitdem habe ich bei den Lymphomoperationen auf das Verhalten jener Drüsen geachtet und zweimal dieselben mit entfernt.

Das eine Mal war es ein 7jähriger Knabe, welcher seit einem halben Jahr ein wachsendes Drüsenpaket der linken Halsseite aufwies. Nach dessen Entfernung lagen die Venen und der N. hypoglossus mit seiner Schlinge frei da, und es war hier nicht schwer, mit dem palpierenden Finger zwischen V. facialis communis und V. jugularis interna nach dem Retropharyngealraum vorzudringen. Dort gewahrte ich eine etwa bohnengroße Drüse. Nun wurde der Weg in die Tiefe stumpf erweitert, und nachdem ich mich von der Lage der Carotis interna überzeugt, wurde

---

[1] Cf. meine Arbeiten: Über den Retropharyngealabszeß (Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXI); Über Lymphgefäße von Nase und Rachen (Archiv für Anatomie 1901); Lymphgefäße der Ohren (Archiv für Ohrenheilkunde Bd. LXIV).

[2] l. c. Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXI.

das sie deckende Fascienblatt vorsichtig gespalten, der kleine Schnitt stumpf dilatiert und nun pulsierte die Carotis interna mir entgegen. Mit der geschlossenen Cooper'schen Schere gelang es nun, über die Carotis interna hinweg, die Drüse aus ihren lockeren Adhäsionen zu befreien und in toto herauszubefördern. — Die Drüse übertraf etwas den Umfang einer Bohne und war total verkäst. — Glatter Wundverlauf.

Der zweite Fall betraf einen 15jährigen Bäckerlehrling, welcher wegen eines ausgedehnten, mit Fisteln komplizierten Drüsenrezidivs der linken Halsseite zur Operation kam. Die V. jugularis wurde freipräpariert und auch hier auf dem im vorigen Falle bezeichneten Wege versucht, in den Retropharyngealraum vorzudringen. Dies gelang jedoch nicht wegen narbiger Verwachsungen in der Tiefe. Ich schlug daher den Weg durch das Submaxillardreieck ein und konnte, wie im vorigen Fall, eine Retropharyngealdrüse entdecken. Nun wurde der laterale Biventerbauch energisch seitwärts gezogen, ein scharfer Haken drängte den Unterkieferknochen nach oben, und die Speicheldrüse wurde medianwärts geschoben. Wie im Fall I wurde mit der geschlossenen Cooper'schen Schere der Weg stumpf in die Tiefe gebahnt und eine Drüse von etwas größerem Volumen als dort, sowie oberhalb von ihr noch eine zweite, etwa erbsengroße, teilweise verkäste Drüse entfernt. Der Retropharyngealraum ließ sich nun über die Mittellinie hinaus abtasten. Die Carotis interna konnte hier nicht zu Gesicht gebracht werden, sie war in bindegewebigen Massen eingebettet; ihr Pulsieren wurde deutlich gefühlt. Glatter Wundverlauf.

In einigen weiteren Fällen, die in letzter Zeit zur Operation kamen, war die retropharyngeale Drüse nicht erkrankt, doch konnte ich bei ihnen die Wege, welche von der seitlichen Halspartie aus zum Retropharyngealraum führen, etwas näher in vivo studieren.

Danach kommen drei Wege in Frage. Der gangbarste scheint mir der im ersten Fall eingeschlagene Pfad zwischen V. facialis communis und Jugularis interna zu sein. Der im zweiten Falle betretene Weg durch das Submaxillardreieck hindurch ist enger und wird wohl nur ausnahmsweise in Frage kommen. Ein dritter Weg führt lateral von dem großen Gefäßnervenstrang und hinter ihm empor. Derselbe bietet, nach meinen bisherigen Erfahrungen, zu wenig Raum; ich konnte auf ihm noch nicht in befriedigender Weise bis in den Retropharyngealraum selbst vordringen.

Die Exstirpation jener retropharyngealen Drüsen gelang wenigstens in meinen beiden Fällen ohne wesentliche Schwierigkeiten; die große Tiefe des Operationsfeldes und die Nähe der Carotis interna erheischen allerdings entsprechende Sorgfalt; vorsichtiges und möglichst stumpfes Vorgehen wird am Platze sein. Vielleicht tut man gut, sich von der Lage der Carotis communis vorher zu überzeugen, durch deren Kompression man die Pulsation in der Carotis interna leicht aufheben und eine event. Blutung im Notfalle wohl unschwer beherrschen kann.

Die retropharyngealen Drüsen dürfen sonach, wie ich glaube, ein gewisses praktisches Interesse beanspruchen. Freilich scheinen sie seltener in erheblichem Maße zu erkranken, da sie nicht alle Lymphe aus den eingangs bezeichneten Quellgebieten in sich aufnehmen, sondern mannigfache Lymphbahnen auch an ihnen vorbei direkt zu den tiefen Cervicaldrüsen ziehen (cf. l. c. Archiv für Anatomie 1901), und da sie ferner im höheren Alter mitunter zu fehlen scheinen. Immerhin

wird es sich empfehlen, bei Halsdrüsenoperationen und besonders bei Exstirpationen maligner Tumoren in den Quellgebieten der Retropharyngealdrüsen auf letztere zu achten und ihre Entfernung anzustreben, wenn durch ihr Zurückbleiben erhebliche Gefahren für den Kranken zu gewärtigen sein sollten.

II.

(Aus der chirurg. Abteilung des städt. Krankenhauses I zu Hannover. Oberarzt Prof. H. Schlange.)

Die Halbseitenlage bei Operation der Perityphlitis.

Von

Dr. **Karl Försterling**, Assistenzarzt.

In der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses I in Hannover ist bei Perityphlitisoperationen seit längerem eine bestimmte Lagerung der Pat. in Anwendung gebracht worden, die sich dort sehr bewährt hat.

Prof. Schlange läßt nämlich, wie er schon kurz in der Diskussion auf dem letzten Chirurgenkongreß erwähnte, die zu Operierenden nach Eröffnung der Bauchhöhle, event. auch schon vorher, in eine linke Halbseitenlage bringen. Es geschieht dies durch Unterstützung der rechten Schulter und Beckenhälfte durch eine darunter geschobene Halbrolle. Die rechte Seite ist dann um ca. 12—15 cm gehoben, so daß die Interspinallinie einen Winkel von 30 bis 35° mit der Platte des Operationstisches bildet. Es hat mithin eine $^1/_5$—$^1/_6$-Drehung des Pat. um die Längsachse stattgefunden.

Am auffallendsten ist der Nutzen dieser Lagerung bei der sog. Frühoperation, solange ein größerer Abszeß und festere Adhäsionen noch nicht vorhanden sind. Es ist in diesen Fällen der Darm noch frei beweglich und meist ziemlich stark gebläht, so daß er sich in die Laparotomiewunde vordrängt. Hat man den Pat. in Halbseitenlage gebracht, so sinken die Därme nach links hinüber und lassen sich mit Hilfe von Gaze und Haken leicht zurückhalten. Es gelingt nun meist überraschend leicht, sich den Processus vermiformis, besonders wenn er nach außen, unten oder hinten vom Coecum liegt, zu Gesicht zu bringen, abzutragen und den Stumpf zu versorgen. — Dabei ist wiederum der Zug der nach links gesunkenen Därme nicht so stark, daß dadurch etwa Adhäsionen in der Nähe des Entzündungsherdes gelöst werden könnten.

Sehr erleichtert wird durch die Halbseitenlage auch die Entfernung des Processus bei der Operation im Intervall. Aufgefallen ist uns, daß sich z. B. der im kleinen Becken fixierte Wurmfortsatz so leichter exstirpieren ließ als in Rückenlage.

Weniger bemerkenswert ist der Vorteil der beschriebenen Lagerung bei der Spaltung größerer, gut abgekapselter perityphlitischer Abszesse. Aber auch hierbei wird durch das Zurücksinken der von verklebten Darmschlingen gebildeten medialen Wand die Eiterhöhle oft übersichtlicher.

Nach den hier gemachten Erfahrungen bedeutet die von Schlange geübte Halbseitenlagerung bei Operation der Perityphlitis in den meisten Fällen entschieden eine Erleichterung; sie bietet die Vorteile, welche die Beckenhochlagerung gewährt und vermeidet die Nachteile, die dieser event. anhaften.

---

1) **L. Hofbauer.** Mechanik der Respirationsstörung bei pleuralen Erkrankungen. I. Die Dyspnoe beim Pneumothorax. II. Ursachen der Atemstörung.

(Zentralblatt für innere Medizin 1905. Nr. 6 u. 12.)

Die von H. an mehreren Fällen von Pneumothorax ausgeführten Untersuchungen verdienen besonders im Hinblick auf das Sauerbruch-sche Verfahren die Beachtung der Chirurgen. H. stellt fest, daß die Dyspnoe beim Pneumothorax vorzugsweise eine respiratorische ist; das Exspirium dauert länger, ist verflacht, und auxiliäre Muskelkräfte führen dasselbe zum Abschluß, während hingegen die Inspiration völlig normal verläuft. Diese Befunde stehen im Gegensatze zu den Anschauungen Sauerbruch's, der die Kohlensäureüberladung und die Verarmung des der Medulla oblongata zufließenden Blutes an Sauerstoff für die Dyspnoe beim Pneumothorax verantwortlich macht und dieselbe darauf zurückführt, daß die kollabierte Lunge beim Pneumothorax viel mehr Blut aufnimmt als die gesunde. Auf Grund gewisser Beobachtungen Traube's hält H. es jedoch weder für erwiesen, daß die kollabierte Lunge mehr Blut als es in der Norm erhält, noch ist es ihm wahrscheinlich, daß der Sauerstoffmangel die Dyspnoe hervorruft, zumal da die Medulla oblongata noch immer ein Blutgemisch erhalten muß, das höchstens um die Hälfte an Sauerstoff gegenüber der Norm verarmt ist. Würde dieses Moment die Dyspnoe auslösen, so müßte sich die Atmungskurve analog wie bei Mitralstenosen verhalten, bei denen in der Tat die Atemnot durch Reizung der Medulla infolge mangelhafter Leistung des Blutes hervorgerufen würde. Nun zeigen aber gerade die Atmungskurven hierbei die entgegengesetzten Befunde wie beim Pneumothorax, und aus diesem Grunde hält H. die Sauerbruch'sche Annahme nicht für richtig.

Die Ursachen der exspiratorischen Dyspnoe liegen nicht, wie bisher angenommen wurde, in der bloßen Kompression der Lunge durch die eingedrungene Luft, sondern in der Störung des Atmungsmechanismus begründet. Daß die plötzliche Ausschaltung einer Lunge an sich nicht die Ursache der Atemnot ist, geht am deutlichsten aus den Sauerbruch'schen Versuchsresultaten hervor, bei denen überhaupt

keine Dyspnoe auftrat bezw. die vorher bestandene Atemnot schwand, sobald der zur aufgeblähten Pneumothoraxlunge gehörige Bronchus abgeklemmt wurde. Während die Inspiration von Muskelkräften besorgt wird, die im Falle einer Atmungserschwerung sich leicht steigern lassen, da ja kein Muskel unter normalen Verhältnissen mit dem Maximum seiner Energie arbeitet, beruht die Exspiration im wesentlichen auf dem Spiel elastischer Kräfte. Sobald Luft in den Thoraxraum eintritt, werden diese elastischen Kräfte aufs schwerste geschädigt, und da denselben keine elastischen Reservekräfte zur Verfügung stehen, so muß ein neuer Faktor in Tätigkeit treten, und zwar in Gestalt von Muskelkräften. Diese muskulären exspiratorischen Hilfskräfte haben die Aufgabe, die fehlenden elastischen Kräfte zu ersetzen. Dazu kommt, daß bei einem einseitigen Pneumothorax nicht bloß die befallene, sondern auch die gesunde Lunge eine starke Einbuße an Retraktionsfähigkeit erleidet. Eine nicht unbedeutende Rolle spielt hierbei das Mediastinum, welches, sobald es nicht durch entzündliche Veränderungen starr und unnachgiebig geworden ist, nach der gesunden Seite hin flottiert. Die Ursachen der Atemnot beim Pneumothorax liegen demgemäß in der Schädigung der Exspiration. Dadurch, daß infolge des Lufteintrittes in den Thoraxraum beiden Lungen die Möglichkeit gegeben ist, sich viel stärker zu retrahieren, als dies unter normalen Verhältnissen je der Fall ist, fällt ein wesentlicher Anteil der normaliter die Exspiration besorgenden elastischen Kräfte weg, was Atemnot zur Folge hat. **Deutschländer** (Hamburg).

---

2) **Lilienfeld.** Die Luxatio ossis lunati volaris eine Luxatio ossis capitati dorsalis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

Verf. wendet sich gegen die Bezeichnung der Verletzung als Luxatio ossis lunati volaris, da es sich tatsächlich um eine Verrenkung des Os capitatum nach dem Handrücken handelt. Die Verlagerung des Os lunatum ist erst eine Folge sekundärer Gewalteinwirkung durch den nachdrängenden Kopf des Os capitatum. Die Verrenkung findet bei dorsalflektierter, ulnarabduzierter Hand und bei senkrecht zur Angriffsrichtung gehaltenem Vorderarme statt. Verf. hat dies durch Leichenversuche festgestellt und hat die Annahme Lesser's über die Entstehungsart der Verrenkung so in wesentlichen Punkten bestätigen können. Von den Symptomen der Verletzung ist vornehmlich zu erwähnen eine harte Resistenz mit Druckschmerz an der Beugefläche des Handgelenkes, die Beugestellung der Finger und die Parästhesien derselben. Dieser Symptomenkomplex genügt allein zur Diagnosestellung ohne Röntgenaufnahme, da es am Handgelenk außer dem Radiusbruch und dem isolierten Scaphoidbruche keine typischen Verletzungen gibt und diese mit der Verrenkung nicht zu verwechseln sind. Die Komplikation mit Bruch des Os scaphoideum ist ungünstiger zu beurteilen bezüglich des therapeutischen Endresultates als die ein-

fache Verrenkung des Capitatum: Wahrscheinlich bleibt eine gewisse Dislokation des proximalen Scaphoidfragmentes auch nach der Reposition bestehen. Die Einrichtung in Narkose ist als das therapeutische Verfahren der Wahl anzusehen. Gelingt sie besonders bei älteren Fällen nicht, so soll man das Lunatum und event. das proximale Ende des Scaphoideum exstirpieren. Bei der Röntgenaufnahme weist die Dislokation des proximalen Bruchendes des Os scaphoideum auf die vorhandene Verrenkung des Lunatum hin. Wichtig ist die seitliche Röntgenaufnahme. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

3) **Siebs.** Beiträge zur Lehre der Schenkelhalsbrüche jugendlicher und kindlicher Personen und ihrer Beziehungen zur Coxa vara.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Verf. berichtet über sechs Fälle von Coxa vara. Bei sämtlichen wurde die Diagnose durch die Röntgenphotographie erhärtet. Seine hierbei gemachten Erfahrungen gibt Verf. in folgenden Schlußsätzen wieder:

1) Eine Reihe von sog. Coxa vara traumatica bei jugendlichen Personen ist nichts anderes, als eine Schenkelhalsepiphysenlösung auf Grund einer pathologischen Knochenweichheit des Schenkelhalses.

2) Für das Zustandekommen dieser Epiphysenlösung bildet ein leichtes Trauma oft die äußere Veranlassung. Die Epiphysenlösung kann aber auch spontan auftreten.

3) Die Knochenweichheit dokumentiert sich in einer schon zur Zeit des Traumas im Röntgenbilde nachweisbaren Schenkelhalsverbiegung.

4) Daß es Fälle reiner Coxa vara traumatica gibt, bestätigen zwei der Fälle, bei denen sich eine Schenkelhalsverbiegung nicht nachweisen läßt, obwohl das Trauma bereits weit zurückliegt.

5) Der Epiphysenlösung mit Schenkelhalsverbiegung bei jugendlichen Personen entsprechend, kommt eine solche auch bei Kindern mit und ohne Trauma vor.

Unser Fall zeichnet sich von den bisher gekannten durch seine Doppelseitigkeit aus.

6) Die Röntgenbilder lassen für die der Knochenweichheit zugrunde liegenden Prozesse keine sicheren Schlüsse zu.

7) Für die Frage, ob bei der Coxa vara ein Epiphysenbruch und eine Halsverbiegung vorliegt, muß man in der Beurteilung der Röntgenbilder sehr vorsichtig sein und nach Möglichkeit Bilder in verschiedener Rotationsstellung des Beines anfertigen.

Der Arbeit liegen 15 gut wiedergegebene Röntgogramme bei.

Gaugele (Zwickau).

4) **W. Thomson.** An address on operative methods— new and old — in tuberculosis of the knee-joint.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 14.)

T., Chirurg an einem Dubliner Hospital, gibt in der Arbeit einen Rückblick über die Methoden der Behandlung tuberkulöser Kniegelenksentzündungen. Für die Mehrzahl der erkrankten Kinder ist, wenn früh genug angewendet, die fixierende Schienenbehandlung mit der Thomas-Schiene, die den Aufenthalt in freier Luft ermöglicht, ausreichend. Das gilt aber nur für die Kinder besserer Stände. Dagegen lautet sein Urteil über die ambulante Gipsverbandbehandlung armer Pat. recht pessimistisch: die ungünstigen häuslichen Verhältnisse bewirken fast ausnahmslos eine Verschlimmerung, die schließlich doch eingreifende Operationen nötig macht. Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über die Exzision des tuberkulösen Kniegelenkes bespricht Verf. die »in Deutschland sehr verbreiteten« Injektionen von Jodoform und wirft der Methode vor, sie sei schmerzhaft, sie müsse oft und in langen Zwischenräumen wiederholt werden, sie verursache mehrtägiges Fieber, die Wirkung sei beschränkt auf einen kleinen Bezirk um die Punktionsstelle herum. Vor allem beschuldigt er die Injektionen der Gefahr, außerhalb ihres eigentlichen keimtötenden Bereiches starke Reizungen und damit Verschlimmerungen zu setzen. Endlich meint er, daß der so oft befallene Bandapparat durch die Injektion überhaupt nicht beeinflußt werde. Aus allen diesen Gründen verwirft er die Jodoforminjektion beim Kniegelenksfungus völlig und wendet sie nur bei einfachen kalten Abszessen an, und hier mit Erfolg. Nach Besprechung der mehr oder weniger ausgedehnten Arthrektomien empfiehlt er aufs wärmste die typische, radikale Resektion des Gelenkes, die sonst in England wenig Anhänger mehr habe. Von 78 Fällen zwischen 4 und 47 Jahren verlor er 2. Er meint, der Vorwurf der nachfolgenden Verkürzung durch Zerstörung der Epiphysenlinie bei Kindern sei stark übertrieben worden. In manchen Fällen könne man die Epiphysenlinie schonen. Gegen die Neigung zur Flexionsstellung nach der Operation läßt er für ein Jahr eine lange Hülse tragen von handbreit unter dem Trochanter bis ebensoweit über den Malleolen.

W. Weber (Dresden).

---

5) **A. Schanz.** Fuß und Schuh.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1905. 51 S.

Die für Ärzte, für Schuhmacher und Fußleidende bestimmte, mit Rücksicht auf den letztgenannten Zweck leichtverständlich geschriebene und durch 24 Abbildungen erläuterte Abhandlung erörtert die Fragen, was der Schuh dem normalen Fuß leisten soll, wie er den Fuß schädigen und wie er dem kranken Fuß nützen kann. Der Arzt und vor allem der Orthopäde findet in dem lesenswerten Büchlein manche dankenswerten Winke, die ihm in dieser praktisch so wichtigen Frage das Zusammenarbeiten mit dem Schuhmacher im Interesse der Gesunden und Kranken erleichtern werden.

Georg Schmidt (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

6) Vierter Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. 25. April 1905.

Vorsitzender: An Stelle des erkrankten v. Mikulicz-Radecki Heusner-Barmen.

Referent: Drehmann-Breslau.

Als Hauptthema ist aufgestellt:

Die Mechanik der Skoliose.

Das Referat haben Lovett (Boston), Schanz (Dresden) und Schulthess (Zürich) übernommen.

1) Lovett (Boston) führt aus, daß das Studium der Skoliose bis jetzt nur von der pathologischen Seite, d. h. der fertigen Deformität aus gemacht wurde. Seine jetzigen Ausführungen sollen eine Analyse der normalen Bewegungen der Wirbelsäule an der Leiche, am Modell und am lebenden Kinde bringen. Die normalen Bewegungen der Wirbelsäule werden an den drei Regionen derselben genau studiert. Der Schlußsatz dieses Studiums der Bewegungen ist, daß Rotation und seitliche Biegung bei allen Bewegungen kombiniert sein muß.

Experimentell können am Modell und an der Leiche doppelte Bewegungen hervorgerufen werden, wenn man die rechte Beckenseite hebt und so eine linksseitige Totalskoliose erzeugt, und ferner durch Drehung des oberen Endes der Wirbelsäule eine Dorsalbiegung zufügt. Auf diese Art wurde als Ursache der doppelten Biegungen die Anstrengungen der Pat. mit linksseitiger Totalskoliose gefunden, den Schultergürtel in dieselbe Ebene, wie das Becken einnimmt, zu bringen.

Totalskoliose mit konkavseitiger Rotation entspricht den normalen Bewegungen der Wirbelsäule, aber das Vorkommen von konvexseitiger Rotation der Wirbelkörper muß als pathologische Veränderung, bedingt durch eine abnorme Weichheit der Knochen, angesehen werden.

2) Schanz (Dresden): Ist die Skoliose eine durch Einwirkung mechanischer Kräfte entstehende Deformität?

Unter den seitlichen Rückgratsverkrümmungen, welche wir als Skoliosen bezeichnen, finden sich eine Anzahl von Deformitäten, welche durch einen einheitlichen eigenartigen Symptomenkomplex ausgezeichnet sind.

Die auffälligsten Erscheinungen dieses Komplexes sind das Auftreten einer Kombination aus Haupt- und Gegenkrümmungen, die Keilwirbelbildung, die Torsion und die Rippenbuckelbildung.

Nach den allgemein giltigen Lehren der Pathologie ist anzunehmen, daß dieser Symptomenkomplex in jedem Falle durch denselben deformierenden Prozeß erzeugt wird, und darum die Skoliosenformen, welche diesen Symptomenkomplex zeigen, eine verwandtschaftlich zusammengehörige Gruppe bilden.

Typische Vertreter dieser Gruppe sind: die kindliche Skoliose, die rachitische, die osteomalakische, die osteopsathyrotische Skoliose, die Alterskyphoskoliose, die fixierte statische, die fixierte neurogene und die Steinträgerskoliose.

In der Ätiologie aller dieser Deformitäten läßt sich nur eine einheitliche Deformitäten bildende Ursache nachweisen: ein Belastungsmißverhältnis, welches entweder durch ein Anwachsen der Belastung oder durch eine Verminderung der Tragfähigkeit der Wirbelsäule entsteht. Es ist nun die Frage: Ist dieses Belastungsmißverhältnis die Ursache der Skoliosenbildung?

Es ist ein für die sogenannte tote Natur unbedingt giltiges Gesetz, daß durch die Belastung einer Tragkonstruktion über ihre Tragfähigkeit eine Deformierung derselben herbeigeführt wird. Die Deformierung erfolgt dabei stets in derselben Art und Form, wenn die mechanischen Bedingungen dieselben sind. Es läßt sich

darum die entstehende Deformität vorausberechnen, wenn die mechanischen Bedingungen gegeben werden.

Dasselbe gilt auch von der sog. lebenden Natur. Ob eine Tragkonstruktion aus totem oder lebendem Material aufgebaut ist, sie muß sich in jedem Falle unter Überlastung in derselben Weise deformieren, wenn die mechanischen Bedingungen dieselben sind. Ist ein lebender Organismus der Schauplatz des Ablaufes dieses Vorganges, so ist ihm die Möglichkeit gegeben, den Deformierungsprozeß mit Lebensäußerungen zu begleichen, er ist aber nicht imstande, die Gesetzmäßigkeit desselben aufzuheben.

Es ergibt sich daraus, daß die Deformitäten des menschlichen Körpers, welche aus einem Belastungsmißverhältnis hervorgehen, zwei Klassen von Veränderungen besitzen müssen: 1) Veränderungen, welche direkte Folgen der zur Wirkung gelangenden mechanischen Kräfte sind; 2) Veränderungen, welche als Reaktionserscheinungen vom lebenden Organismus auf die ersteren erzeugt werden.

Von diesen Veränderungen müssen sich die, welche der ersten Klasse zugehören, berechnen lassen aus den mechanischen Bedingungen, unter welcher die Überlastung stattfindet. Findet man bei einer solchen Berechnung die typischen Formveränderungen der Skoliose, so ist der Schluß zu ziehen, daß diese Formveränderungen durch die Wirkung mechanischer Kräfte bei Überlastung der Wirbelsäule entstehen.

Der Rechnung ist zugrunde zu legen die Stellung der Wirbelsäule bei indifferenter aufrechter Mittelstellung. In dieser steht die Wirbelsäule senkrecht, ihre Endquerschnitte sind an die Horizontalebenen der Blickebene und des Fußbodens gebunden. Unter diesen Bedingungen verbiegt sich eine Tragsäule im Falle der Überlastung unter Bildung einer Haupt- und zweier Gegenkrümmungen.

Eine Konstruktionseigentümlichkeit der Wirbelsäule ist die Zusammensetzung aus den einzelnen Wirbeln. Teilt man eine Säule in entsprechende Abschnitte, so gewinnen diese im Falle der Verbiegung, soweit sie in den Bereich der Krümmungen fallen, eine keilförmige Gestaltveränderung dadurch, daß sie sich im Bereiche der Konkavitäten verkürzen, in dem der Konvexitäten verlängern. So erklärt sich die Keilwirbelbildung bei der Skoliose.

Eine weitere Konstruktionseigentümlichkeit ist die Zusammensetzung der Wirbelsäule aus der Körper- und der Bogenreihe. Die Körperreihe ist die eigentliche Tragsäule, die Bogenreihe bildet für diese eine auf die Peripherie leistenartig aufgesetzte Verstärkung. Eine derartige Säule hat eine Prädisposition für die Ausschlagsrichtung etwaiger Überlastungsverbiegungen; diese schlagen, wenn nicht besondere Umstände hinzukommen, seitlich aus.

Weiter macht eine solche Säule bei seitlicher Verbiegung eigenartige Bewegungen in sich. Da die Verstärkungsleiste dem Teile des Säulenquerschnittes, an welchem sie ansetzt, mehr zugute kommt, als dem auf der Peripherie gegenüber gelegenen, so muß sich letzterer bei Überlastung weiter von seiner ursprünglichen Lage wegbewegen als ersterer; daraus entsteht eine Drehbewegung, welche am deutlichsten auf Scheitelhöhe der Biegung sich markiert. Auf dem dorthin fallenden Querschnitte der Säule muß der dem Ansatzpunkte der Verstärkungsleiste gegenüberliegende Punkt jenem gegenüber nach der Richtung des Ausschlages der Biegung zu weggedreht erscheinen.

Dieselbe Bewegung muß an der Verstärkungsleiste auftreten; denn auch diese ist eine Säule, und für diese ist die Säule peripher angesetzte Verstärkungsleiste. Aus der Kombination dieser beiden Bewegungen ergiebt sich, daß der enteroposteriore Durchmesser der Säule sich mit seiner ursprünglichen Lage in einen Winkel stellt, dessen Spitze nach der Verstärkungsleiste zu liegt, und daß der anteroposteriore Durchmesser der Säule mit dem der Verstärkungsleiste einen Winkel bildet, welcher auf der Seite des Krümmungsausschlages liegt und kleiner als 180° ist.

Es ergeben sich damit die eigenartigen Veränderungen, welche wir am Keilwirbel als Ausdruck der Torsion kennen.

Es ist wahrscheinlich, daß die Pressung, welche die Säulenmasse in der Konkavität erfährt, dazu beiträgt, diese Veränderungen zu erhöhen.

Infolge der festen Verbindung, welche zwischen der Wirbelsäule und dem Rippenkorbe besteht, muß letzterer den Formveränderungen der Wirbelsäule folgen, wie ein Zylindermantel, welcher fest mit einer Säule verbunden ist, Gestaltveränderungen der Säule folgt.

Gibt man einer solchen Säule die Gestaltveränderungen, welche bei der skoliotischen Wirbelsäule vorhanden sind, so wird ein solcher Zylindermantel im Bereiche der Konkavitäten zusammengestaucht, im Bereiche der Konvexitäten auseinandergezogen. Die Querschnittsfigur ändert sich auf der Scheitelhöhe der Krümmung derart, daß eine Abflachung der Krümmung an der Verbindung von Säule und Zylindermantel in der Konkavität, eine Verschärfung auf der Konvexität eintritt. Es entstehen also die für die Rippenbuckelbildung charakteristischen Veränderungen.

Es lassen sich noch weitere Details berechnen; betreffs dieser, sowie betreffs der Veränderungen, welche als Reaktionserscheinungen des lebenden Organismus auftreten, und endlich betreffs der Folgerungen, welche sich für die Therapie der Skoliose ergeben, verweist Redner auf seine Monographie: Die statischen Belastungsdeformitäten der Wirbelsäule. Stuttgart, F. Enke, 1904.

Er glaubt, daß hier die vorgeführten Rechnungen genügen, die gestellte Frage zu beantworten: Die Skoliosen, welche den eingangs angeführten Symptomenkomplex zeigen, sind Deformitäten, welche in ihren charakteristischen Formen aus statischer Überlastung der Wirbelsäule entstanden sind.

Zum Schluß macht S. den Vorschlag, diese Skoliosen im System der Wirbelsäulendeformitäten als eine ätiologisch einheitliche Gruppe von den übrigen seitlichen Verbiegungen der Wirbelsäule unter dem Namen Überlastungsskoliosen abzutrennen. (Selbstbericht.)

3) W. Schulthess: Die Pathologie der Skoliose.

In der Technik der Messung der Skoliose habe ich insofern einen Fortschritt zu verzeichnen, als es mir gelungen ist, meinen Meßapparat so umzuändern, daß damit Vollkonturen neben allen übrigen Meßbildern in annähernd derselben Zeit, 3—4 Minuten, hergestellt werden können.

Die Skoliose besteht in einer Abweichung der Wirbelsäule vom sagittalen Verlauf oder in einer seitwärts gerichteten Ausbiegung, nach dem Ausdrucke der Mathematiker Durchbiegung. Wir müssen die Skoliose morphologisch betrachten, weil die Wirbelsäule bei allen Deformitäten, gemäß ihrer eigentümlichen Mechanik, auf Formstörungen verschiedenster Art bis zu einem gewissen Grade gleichartig reagiert, und ätiologisch, weil sie ein Symptom von pathologischen Zuständen verschiedenster Art ist.

Das Studium der Lage der Abbiegungspunkte hat gezeigt, daß es mehr linkskonvexe wie rechtskonvexe gibt; die linkskonvexen liegen am häufigsten in der Höhe der lumbodorsalen Grenze, die rechtskonvexen am 6.—8. Brustwirbel. Diese Asymmetrie erklärt sich durch die Rechtshändigkeit, die Abflachung der Wirbelkörper durch die Aorta und eine Asymmetrie der Bewegung, welche im Leichenexperimente häufig vorhanden, aber bis heute noch nicht vollständig erklärt ist. Die Form der Abbiegung findet anfänglich nicht, wie meistens angenommen, in der Form der Biegung eines oben und unten eingespannten Stabes statt, sondern in der Form eines unten fixierten, oben nur zur vertikalen Haltung gezwungenen, aber sonst in jeder Richtung verschiebbaren Stabes. Eine Unmenge von Skoliosen zeigen, daß die Dornfortsatzlinie am oberen Ende nicht mehr zur Vertikalen über dem Kreuzbeine zurückkehrt.

Die klinische Formeneinteilung unterscheidet heute: Total-, Dorsal- und Lumbalskoliosen nebst den typischen Zwischenformen der cervikodorsalen und lumbodorsalen. Die häufigste Form ist die Totalskoliose, nicht in den Instituten, dagegen bei Schüleruntersuchungen. Die häufigste Form in den Instituten ist die mit deutlich nachweisbaren Gegenkrümmungen verlaufende komplizierte Dorsal-

skoliose. Die Totalskoliose zeigt meistens eine nach der konkaven Seite gerichtete Torsion, während bei anderen Formen die nach der konvexen Seite gerichtete allgemein vorhanden ist. Die schwersten Formen verlaufen gewöhnlich in einem vom Kreuzbeine beginnenden, bis zur Halswirbelsäule hinaufreichenden Bogen. Die Veränderungen des Thorax sind sekundär, was deutlich durch diejenigen Fälle bewiesen wird, welche zwei- und dreifache Torsionserscheinungen am Thorax nachweisen lassen. Die Idee Zuppinger's von der ätiologischen Bedeutung der primären Thoraxdeformität ist unhaltbar. Die Schädigungen der inneren Organe treten in allen Fällen auf, welche zu einer starken Verkürzung des Rumpfes geführt haben.

Die Prüfungen der Formen in den verschiedenen Altersjahren hat ergeben, daß das Frequenzmaximum der rechtskonvexen Abbiegungen immer in der Höhe des 6.—8. Brustwirbels, dasjenige der linkskonvexen im 8. Jahre höher steht, 8. bis 10. Brustwirbel, und später zum 1. und 2. Lendenwirbel sinkt. Jüngere Kinder haben mehr linkskonvexe, ältere mehr rechtskonvexe Skoliosen. Die Zahl der Nebenkrümmungen vermehrt sich stetig.

Die beiden Geschlechter zeigen in den Anstaltsstatistiken 14% Frequenz für das männliche, 86% für das weibliche. Schülerstatistiken geben ungefähr gleichviel männliche und weibliche Skoliosen; die Totalskoliosen herrschen dort vor, die Lumbalskoliosen beim weiblichen Geschlecht. Im ganzen findet man mehr Abbiegungen in den oberen Segmenten beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht.

Vom ätiologischen Standpunkte aus ist die Skoliose als ein Symptom pathologischer Zustände oder unphysiologischer Funktion zu betrachten.

Wir unterscheiden:

1) Skoliosen durch primäre Formstörungen, kongenitale.

2) Skoliosen durch Erkrankungen und erworbene Anomalien der Wirbelsäule.

3) Skoliosen durch sekundäre Formstörungen infolge von Erkrankungen und Verletzungen von Organen außerhalb der Wirbelsäule oder durch unphysiologische Abänderung der Funktion entstanden.

Die zweite Gruppe bezeichnen wir als osteopathisch-funktionelle; die Krankheit zerstört die Festigkeit der Wirbelsäule oder beschränkt ihre Funktionsfähigkeit, so daß sie mechanisch insuffizient ist; die mechanische Inanspruchnahme durch die Funktion führt zur Deformität.

In dieser Gruppe finden wir die größte Masse der Skoliosen, vor allem die rachitische, die auf der Konstitutionsschwäche des Skelettes beruhen, auch als konstitutionelle bezeichnete. Dieser Begriff deckt sich ungefähr mit demjenigen der habituellen Skoliose, ist aber weniger verwirrend, weil er die habituelle Stellung als Ausgangspunkt nicht präjudiziert. Es ist sehr schwierig, in manchen Fällen die rachitische Skoliose von der konstitutionellen zu unterscheiden; die rachitische spielt nach unserer Meinung eine größere Rolle als man glaubt. Man muß nach der primären mechanischen Schädigung, welche die rachitische Wirbelsäule in früher Zeit erfahren hat, an eine Art deformierender Nachwirkung denken, verursacht durch die Veränderung des Wachstums in den ursprünglich primär deformierten Teilen. (In einer Tabelle werden sämtliche Unterarten aufgeführt.)

Die Skoliosen durch sekundäre Formstörungen verdienen den Namen der funktionellen im weiteren Sinne, weil es sich hier um diejenigen handelt, welche infolge von Abnormitäten an den Extremitäten, am Thorax oder auch an irgendeinem anderen Organe, z. B. Respirationsorganen, entstanden sind. Die größte Rolle spielen hier die Erkrankungen der Unterextremität und des Nervensystems. An einigen Beispielen wird gezeigt, wie die Verkürzung der Unterextremität und ihre Funktionsbeschränkung nach verschiedener Richtung auf die Wirbelsäule einwirkt.

Die zweite Unterabteilung der Skoliosen durch sekundäre Formstörungen, die rein funktionellen, umfassen die Berufsskoliosen und bis zu einem gewissen Grade die Schulskoliose. Als Schulskoliose glauben wir nur die linkskonvexe Totalskoliose ansprechen zu dürfen; ihr Prozentsatz ist in den Schüleruntersuchungen bis auf 13% gestiegen, während die übrigen Formen nur mit 2 bis 5% nachgewiesen sind. Das wesentliche an der Schulschädigung ist die Gelegenheit, welche dem Kind aus der Schulbeschäftigung erwächst, der ihm von Natur aus bequemen Haltung nachzuhängen; da die Bequemlichkeit der Haltung von der anatomischen Skelettbeschaffenheit, event. von Fehlern abhängt, so begünstigt sie die pathologischen Formen. Die Bezeichnung Belastungsdeformität für die Skoliose sollte aufgegeben werden. Das wesentliche in der Funktion der Wirbelsäule ist, wie die Übersicht über die Pathologie zeigt, nicht die Belastung, sondern der aus der Muskelarbeit hervorgehende Längsdruck; darauf deutet die ungemeine Ähnlichkeit der Tierskoliose mit der menschlichen, sowie die neueren Forschungen über die Funktion des Bewegungsapparates mit ihrem Einfluß auf den Knochenbau. (Selbstbericht.)

4) Riedinger (Würzburg]: Über die mechanische Entstehung der Skoliose.

Nach den Ausführungen des Vortr. umfaßt die Bezeichnung Mechanik der Skoliose alle Vorgänge, sowohl die dynamischen als die statischen. Der Effekt am Knochensystem ist immer ein statischer. Dieser Effekt sollte mehr vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus betrachtet werden. Von diesem Standpunkt aus lassen sich die morphologischen Veränderungen besser als Mechanismus der Skoliose bezeichnen. Die Ätiologie ist eine andere Frage.

R. hat früher schon in einer Arbeit die Meyer-Albert'sche Rotationstheorie durch den Nachweis der Beanspruchung auf Zerknickung erweitert und damit erst den Mechanismus der Gesamtskoliose ganz erklärt. Außerdem hat er die statischen Grundgesetze und die morphologischen Veränderungen geschildert. Er ist jetzt der Meinung, daß es zwei Typen der Skoliose hinsichtlich der Form gibt, einen **C**- und einen **S**-förmigen Typus. Der kyphotische Abschnitt der **C**- oder **S**-förmigen Skoliose stellt stets die primäre, der lordotische Abschnitt stets die sekundäre Verbiegung dar. (Selbstbericht.)

5) Reiner (Wien) berichtet über eine von ihm gemeinschaftlich mit Dr. Werndorff ausgeführte Untersuchungsreihe über den normalen Bewegungsmechanismus der Wirbelsäule. Die Kenntnis derselben ist von besonderer Wichtigkeit für die Lehre vom Mechanismus der Skoliose. Die bisherigen Untersuchungsmethoden sind aber gänzlich unzulänglich. An einem von den Autoren hergestellten Modelle weist Vortr. nach, daß von vielen Untersuchern fälschlich Rotationserscheinungen angenommen wurden, wo solche gar nicht vorhanden waren; die Rotation wurde durch Flexion um eine inklinierte Achse vorgetäuscht. Die Analyse der komplizierten Bewegungen, welche jeder einzelne Wirbel ausführt (nämlich Lokomotion nach allen drei Dimensionen und überdies Drehungen um alle drei Achsen des Raumes), ist nur vermittels der orthogonalen Parallelprojektion auf zwei aufeinander senkrechten Projektionsebenen möglich. Der von den Autoren konstruierte Apparat entspricht diesen Bedingungen. Die erhaltenen Projektionsfiguren wurden nach den Regeln der darstellenden Geometrie auf konstruktivem Wege verwertet. Geprüft wurden von den Autoren die Rotationserscheinungen bei Inklination (durch Seitwärtsabbiegung der Wirbelsäule) und bei Knickung (durch vertikale Belastung). Verff. haben bis jetzt nur Konvextorsion nachweisen können. (Selbstbericht.)

6) Spitzy (Graz): Der Vortr. bespricht die Bedeutung der Rachitis in allen ihren Abstufungen, die neueren Ansichten über ihre Ätiologie und ihre Beziehungen zur Osteomalakie. Letzteres insbesondere, soweit beide Krankheiten als ätiologische Momente in der Genese der Skoliose in Betracht kommen. Von den auf rachitischer Basis entstehenden Deformitäten werden die Verkrümmungen der rachitischen Wirbelsäule hervorgehoben. Die rachitische

Sitzkyphose birgt oft auch eine laterale Abweichung. Die Skoliosen ändern sich in ihrem Typus nach ihrer Entstehungszeit. Zur Sitzzeit entstandene oder aus Kyphosen hervorgegangene Skoliosen sind entweder Totalskoliosen oder kurzbogige mehrfache Skoliosen; die schon in der Lokomotionszeit sich bildenden unterscheiden sich nicht von den habituellen.

Redner macht auf die Wichtigkeit der statischen Krümmungen bei Anwesenheit von Rachitis aufmerksam.

Prophylaktisch ist vernünftige Säuglingspflege, Vermeidung zu frühen Aufrichtens, Unterstützung der Kriechperiode, habituelle Bauchlage und der Gebrauch des Eppstein'schen Schaukelstuhles neben den bereits bekannten therapeutischen Hilfsmitteln empfohlen. (Selbstbericht.)

7) Ludloff (Breslau) demonstriert zwei Apparate zur exakten Messung und graphischen Darstellung der Beweglichkeit der Wirbelsäule und des Kopfes mit den dazu gehörigen Kurven.

Der erste Apparat ist eine Modifikation des Schulthess'schen Nivelliertrapezes. Mit ihm wird die Wirbelsäule in stehender, stehend gebeugter, sitzend gebeugter Haltung und in Bauchlage usw. in bestimmten Abschnitten abgetastet und die so für die einzelnen kleinen Abschnitte gewonnenen Winkelwerte zwischen Lot und Basis der Zirkelspitzen mit Hilfe eines Transporteurs auf Millimeterpapier aufgezeichnet. Man erhält so gebrochene Kurven, die die Stellung der Wirbelsäule in der Sagittalebene wiedergeben. Diese so gewonnenen Kurven lassen sich genau und einfach vergleichen. Man erhält so eine exakte graphische Darstellung, wie sich die einzelnen Reste der Wirbelsäule gegeneinander bewegt haben, resp. ob ein größerer oder geringerer Teil der Wirbelsäule steif gehalten wird usw.

Der zweite Apparat dient zur genauen Messung der Rotation des Kopfes usw. und besteht aus einem Kompaß, der auf einem niedrigen Dreifuß mit Hilfe einer Gummischnur auf dem Kopfe befestigt wird. Wenn man zuerst den Süd- oder Nordpol der Nadel mit dem Nullpunkt der Gradeinteilung und der Nasenbeinmitte genau einvisiert hat, kann man dann bei Rotation des Kopfes nach rechts und links bis auf 1 Grad genau an der Stellung der Kompaßnadel den Winkel zwischen der Sagittalachse des Kopfes und der Sagittalachse des Körpers ablesen. Die Benutzung der Apparate ist eine mannigfaltige für Bewegungen in der Sagittalebene und in der Horizontalebene. (Selbstbericht.)

8) Stein (Wiesbaden) bespricht die Technik der photographischen Skoliosenmessung.

9) Heusner (Barmen) und

10) Kaisin (Floreffe): Demonstration neuer Skoliosenapparate.

11) Gerson (Berlin): Zur Technik des Gipskorsettes.

G. hat das Gipskorsett zugleich abnehmbar und elastisch gemacht. Dem elastischen Thorax entspricht ja am meisten eine elastische Hülle. G. legt im Wullstein'schen Extensionsrahmen über einem eng anschließenden Trikot die Gipsbinden exakt an und wickelt zum Schluß mit den letzten zwei Bindentouren vorn und hinten je zwei mit Haken versehene feuchte Segelleinenstreifen ein. Die Haken werden mit einem Messer freigelegt und mit einem großen Salbenspatel hervorgehebelt. Nach 4 Tagen schneidet man nun einen 2 cm breiten Gipsstreifen zwischen den Haken vorn und hinten aus, durchtrennt zugleich das Trikot. Man nimmt darauf beide Korsetthälften ab und zieht der Pat. ein enganschließendes dickes Trikot (Sweater) an und schnürt darüber der in Extension gebrachten Pat. die beiden Korsetthälften vorn und hinten mit zwei starken Gummibändern zusammen. Das Korsett schließt dann enger an, wie aus dem Vergleich des Abstandes der Haken vor und nach dem Aufschneiden des Korsettes trotz untergezogenen Trikots ersichtlich und läßt doch der Atmung vermöge der elastischen Züge freieren Spielraum, als ein unelastisches, wie spirometrische Messungen ergaben. Da das G.'sche Korsett abnehmbar ist, können die Pat. gleichzeitig Gymnastik treiben und massiert werden. Zur Abnahme des Korsettes löst man nur die vordere Schnürung. Die durch die Gymnastik gesteigerte Redression der



Wirbelsäule wird durch das Korsett festgehalten, indem man die elastische Schnürung im Laufe der Wochen fester gestaltet. Auch der Körperpflege kann man gerecht werden. Für die heißere Jahreszeit läßt G. nach demselben Prinzip abnehmbare, elastische Korsetts aus Zelluloid anfertigen. Mit diesen G.'schen Korsetts ist Hoffa sehr zufrieden. Vorteile desselben: Freiere Atmung, engeres Anliegen, bessere Redression, Abnehmbarkeit und daher gleichzeitig Massage und Gymnastik, genügende Körperpflege. (Selbstbericht.)

12) H. Legal (Breslau): Redressionsapparat für Deformitäten der Wirbelsäule.

L. demonstriert einen Apparat, der 1) zur täglichen Behandlung der Skoliose, 2) zur Anlegung von Gipsverbänden bei schwerer Skoliose und Spondylitis in redressierter Stellung, 3) zur orthopädischen Behandlung bezw. Nachbehandlung bei Schiefhals dient. Das Wesentliche am Apparat ist, daß der Extension am Kopfe vermittels Drahtseil und Spindel eine Gegenextension unmittelbar am Becken entgegenwirkt. Letzteres wird durch eine einfache über die Cristae ilei bezw. das Kreuzbein geführte Bandage an einer Beckenplatte fixiert, die durch zwei Spindeln gleichmäßig und auch einseitig tiefer gezogen werden kann. Einerseits ist dadurch eine Distraktion der Hüftgelenke völlig ausgeschlossen, andererseits wird die Lordose der Lendenwirbelsäule beibehalten oder gar vermehrt. Die Redression geschieht durch Gurte, die an zwei in der Höhe verstellbaren Eisenbügeln bezw. den Pfosten des Apparates befestigt sind. Bei Anlegung von Gipsverbänden werden Beckenbandage, Gurte und Kopfhalter durch starken (weißen, englischen) Filz ersetzt, der im Verbande liegen bleibt und gleichzeitig als Verstärkung der Polsterung die dem Druck am meisten ausgesetzten Stellen vor Dekubitus schützt. Die Eisenbügel stören beim Verbande absolut nicht und sind nach Anlegung desselben sehr leicht zu entfernen.

Bei der Schiefhalsbehandlung dient die Beckenplatte zur Fixierung der Schultern. Die Redression wird durch seitliche Befestigung der Extensionsschnur am Extensionsbügel und durch Gewichtszug ausgeübt, der an dem den Kopf fest umfassenden Kopfhalter angreift. (Selbstbericht.)

Diskussion. Schulthess (Zürich): In bezug auf die Rotation und Torsion der Wirbelsäule möchte ich darauf hinweisen, daß bei der Drehung seitwärts gebogener Körper ein allgemein gültiges Gesetz in Frage kommt: Eine Drehung findet bei Seitwärtsbeugung immer dann statt, wenn der Körper, in der Beugungsrichtung betrachtet, nicht symmetrisch gebaut ist, oder wenn die beugenden Kräfte nicht symmetrisch oder in der Symmetrieebene angreifen.

Die Wirbelsäule wird sich demnach bei Beugungen in sagittaler Richtung nicht drehen, wenn sie ideal gewachsen ist, sie muß sich drehen bei Seitenbeugungen. Es ist demnach nicht wunderbar, daß sich die Wirbelsäule bei Seitenbiegung dreht, vielmehr ist es wunderbar, daß sie sich in bestimmten Stellungen, wie Lovett festgestellt hat, nicht dreht. Man kann deshalb hunderte von Modellen herstellen; wenn die in obigem Gesetz eingeschlossenen Bedingungen erfüllt sind, wird die Drehung eintreten. Obiges Gesetz umfaßt noch sämtliche Theorien der Torsion und sagt uns, daß es nicht an der Differenz der Körper- und Bogenreihe liegt, wenn die Drehung der Wirbelsäule eintritt; es würde genügen, daß dieselbe eine leichte sagittale Biegung besitzt, um bei Seitenbiegung oder lateraler Durchbiegung das Eintreten der Rotation zu erklären.

(Selbstbericht.)

Riedinger erwähnt, daß man über die Rotationsfähigkeit der Lendenwirbelsäule noch verschiedener Meinung sei. Die »Verstärkungsleiste«, welche Schanz in der Bogenreihe sucht, kann R. nicht anerkennen. H. Meyer habe nachgewiesen, daß die Bogenreihe der Wirbelsäule stärker kompressibel ist. (Selbstbericht.)

(Schluß folgt.)



7) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

148. Sitzung am 19. Juni 1905.

Vorsitzender: Herr Hildebrand.

1) Herr Hildebrand: Über ischämische Muskellähmung und ihre Behandlung.

Seit Volkmann und Leser hat man bei der ischämischen Muskellähmung allein eine Beeinträchtigung der Muskulatur angenommen und die Nervenschädigung abgelehnt, weil man keine Sensibilitätsstörungen fand. Das ist nicht richtig. An einem von H. vorgestellten Pat. mit Kontraktur der Hand ist die Sensibiltät im N. ulnaris und medianus erloschen. — Die Ischämie am Vorderarme kommt vor hauptsächlich bei Humerusfrakturen dicht über dem Ellbogen und bei Vorderarmfrakturen in der Mitte. Bei ersteren, die gewöhnlich mit erheblicher Dislokation und starkem Bluterguß einhergehen, hat man Obliteration der Art. cubitalis beobachtet, wohl infolge Verletzung ihrer Intima. Dabei müssen selbstverständlich Muskeln wie Nerven durch primäre arterielle Ischämie in der Ernährung leiden. Tritt noch Stauung hinzu, z. B. durch einen Verband, so erfolgen weitere Veränderungen auch im Nerven. Bei Vorderarmfrakturen ist primäre Ischämie unwahrscheinlicher, sie entwickelt sich wohl in der Regel sekundär nach voraufgegangener Venenstauung bei festem Verbande. Dabei leiden wiederum Muskeln und Nerven. In beiden Fällen treten primäre Nervenstörungen auf; sie sind auch experimentell durch Lapinski's Untersuchungen (Ligatur der Art. iliaca comm.) erwiesen, die frühzeitige Degenerationserscheinungen am Nerven ergaben. Weiterhin sind die Nerven sekundär einer Schädigung ausgesetzt, wenn die schrumpfenden Muskeln auf sie drücken und eine Regeneration verhindern. Diesen letzteren Gedanken hat H. therapeutisch verwertet; er hat die Nerven — es kommen nur der N. ulnaris und medianus in Betracht — aus den harten steifen Muskeln befreit und unter die Fascie verlagert (Demonstration eines entsprechend präparierten Vorderarmes). Unter 4 Fällen hat er einmal mit Erfolg operiert; entscheidend für den Erfolg erscheint es, daß man früh operiert, ehe die Nerven zerdrückt sind. In vorgeschrittenen Fällen empfiehlt sich an der Übergangsstelle vom normalen zum degenerierten Nerven eine Anfrischung des Nerven und Nervennaht. H. demonstriert noch ein Injektionspräparat, welches die reiche Versorgung der Nerven mit arteriellen Gefäßen erkennen läßt.

2) Herr Hildebrand: Über Muskeltransplantation.

Bei einem paralytischen Schlottergelenk der Schulter nach Poliomyelitis acuta hat Herr Prof. H. als Ersatz für den gelähmten M. deltoideus den M. pectoralis major verwandt: »Freilegung desselben von einem großen Winkelschnitt aus, Durchtrennung des Pectoralis major hart am Sternum und Clavicula unter Schonung der großen Gefäße und der Nerven, Drehung desselben um 90° auf den gelähmten Deltoideus und Anheftung der gelösten Ränder am lateralen Drittel der Clavicula und am Acromion in einer in den Knochen geschnittenen Rinne. Der Muskel wirkt jetzt im Sinne der Elevation und Adduktion. Der Humerus wurde fest in die Pfanne gestellt. Verband bei horizontal eleviertem Arme.« Voller Erfolg; schon nach 6 Wochen war die Elevation des Armes bis zur horizontalen möglich. Es wurde also nicht nur der Ursprung, sondern auch die Zugrichtung verlegt. Weiter wurde der Muskel fast ganz abgelöst, was man früher sehr fürchtete, weil man sah, daß der Muskel durch Störungen des Kreislaufes außerordentlich beeinträchtigt wurde. H. hat aber schon in Basel experimentell festgestellt, daß ein Muskel, wenn er durch intakte Nerven mit seinem motorischen und trophischen Zentrum in Verbindung ist, nicht zugrunde geht, falls man nur die mit den Nerven eintretenden Gefäße erhält. Der Vortr. hat diese Experimente wiederholt.

Diskussion: Herr Hoffa hat bei ähnlichen Fällen spinaler Kinderlähmung den M. cucullaris von der Clavicula abgelöst, heruntergezogen und auf den M. deltoideus genäht. Diese Operation, ein Ersatz für die Arthrodese, leistet mehr als diese, weil die Pat. danach die Hand bis auf den Kopf bringen.

Herr Hildebrand: Ein solches Vorgehen war hier nicht möglich, weil der Cucullaris mit gelähmt war.

Herr Katzenstein bemerkt zu den Experimenten des Herrn Hildebrand, daß die Erhaltung einer hinreichenden arteriellen Blutzufuhr für die Muskelfunktion sehr wesentlich sei.

Herr Hildebrand weist darauf hin, das nicht die Nervenarterien allein für die Ernährung in Betracht kommen, sondern auch die Blutgefäßverbindungen an der Basis und betont noch einmal, daß die Nerven bei den ischämischen Muskellähmungen eine große Rolle spielen.

Herr Hoffa ist ebenfalls der Ansicht, daß die Nerven bei den ischämischen Muskellähmungen eine Rolle spielen.

3) Herr Pels-Leusden: Über abnorme Epithelisierung.

Die nach oberflächlichen Hauttuberkulosen mit Zerfall und Bildung entstehenden brückenförmigen und sinusartigen Vernarbungen hat man stets durch nach innen wachsen des Oberflächenepithels erklärt. P. hat nun Epithelisierungen in allseitig geschlossenen oberflächlichen Hauttuberkulosen gefunden, wovon er ein Präparat demonstriert; der Epidermissaum stand offenbar mit Ausführungsgängen von Talgdrüsen und Haarbälgen im Zusammenhange. Für die Therapie ergibt sich daraus die Lehre, die Skrofulodermen zu exstirpieren oder wenigstens alle überhängenden Hautpartien abzutragen. Die Regeneration von Oberflächenepithel aus den Anhangsgebilden der Haut ist bei oberflächlichen Substanzverlusten in Form der inselförmigen Epidermisierung bekannt; selbst bei tieferen Substanzverlusten wird sie bewirkt durch die bis ins Fettgewebe reichenden Schweißdrüsen. (Demonstration eines in dem Buche von Marchand abgebildeten Präparates.) P.-L. hat die Frage experimentell verfolgt und Epidermisierungen subkutaner Hohlräume künstlich erzeugt. Er hat kleine Magnesiumplättchen in mittels Tenotoms hergestellte flache Hauttaschen des Kaninchenohres eingelegt; die oberflächliche Hautwunde heilt rasch; das Magnesium wird langsam resorbiert; um es herum erfolgt eine vollständige Epidermisierung des Hohlraumes mit Ausbildung einer der normalen Epidermis in allen Schichten gleichenden Epidermis. Daß mit dem sehr spitzen und scharfen Tenotom Epidermiskeime in die Tiefe verlagert wären, dürfte ausgeschlossen sein, da isolierte Epidermiszellen oder -Läppchen ausnahmslos zugrunde gehen, während Epidermis und Cutis einheilt und Anlaß zur Bildung einer Epithelcyste gibt. In ähnlicher Weise muß man sich die Epidermisierung der Skrofulodermen, sowie die Entstehung der traumatischen Epithelcysten vorstellen, wobei die wesentliche Vorbedingung das Vorhandensein eines Hohlraumes im Bereiche der Anhangsgebilde der Haut ist. Für letztere ist diese Annahme vielfach plausibler als die der Verlagerung eines Hautstückchens (nach Kaufmann und Schweninger); kommen sie doch gewöhnlich in der Hohlhand vor, wo die Haut durch ihre Derbheit dem Niederdrücken einer zirkumskripten Partie den größten Widerstand entgegensetzt.

Gerade an der Vola manus reichen die Enden der Schweißdrüsen sehr weit in die Tiefe. P. glaubt, daß schon ein Blutkoagulum imstande sein kann, genügend lange einen Hohlraum zu erhalten. Daß man Fremdkörper relativ selten in den traumatischen Epithelcysten gefunden hat, kann auf Übersehen beruhen; sie können auch bereits aufgelöst gewesen sein, als die Cyste untersucht wurde. An einer durch Exstirpation gewonnenen Epithelcyste, welche P. demonstriert, sieht man bis weit in die Tiefe hinein eine große Anzahl von Schweißdrüsen.

Diskussion. Herr Lexer erwähnt einen von ihm operierten Fall von traumatischer Epithelcyste, wo er deren Entstehung aus verlagerten Epidermiskeimen mit Bestimmtheit nachweisen konnte. Dieselbe beherbergte neben dem gewöhnlichen Detritus eine Schrotkugel, welche wie mit einer Haube von einem kleinen Stück der schwieligen Haut bedeckt war; die Haut machte einen Teil der Cystenwand aus, die im übrigen Plattenepithel aufwies.

Herr Pels-Leusden betont, daß ihm nicht für alle Epithelcysten, wohl aber für die Mehrzahl seine Erklärung als die einfachere erscheint. Zum Beweise der

Verlagerung zirkumskripter Hautstückchen müßte man auch die zu ihnen gehörigen Anhangsgebilde nachweisen können; das sei bisher vereinzelt beschrieben worden.

4) Herr Milner: Über Spina bifida occulta.

An der Hand von fünf Fällen, welche durch Vorstellung zweier Pat., durch Röntgenbilder und Photographien veranschaulicht werden, bespricht M. die Spina bifida occulta. Er glaubt, daß sie nicht selten übersehen wird; in der Lumbosakralgegend kann Hypertrichose auf sie hinweisen; in den höheren Abschnitten fehlt diese oft; da soll man besonders auf Teleangiektasien achten. Häufig bringt das Röntgenbild Aufklärung (ein Fall); bisweilen, besonders am Kreuzbeine, kann die Betastung mehr leisten als die Röntgenplatte. Für die Hypertrichose bei Spina bifida occulta erscheint besonders die konzentrische Haarrichtung charakteristisch als Erklärung für ihr Auftreten akzeptiert M. einen Hinweis Katzenstein's, daß ausbleibender oder verspäteter Schluß des Ektoblasts eine Ursache für verstärkte Haarbildung sei. Bei der atypischen, noch physiologischen Hypertrichose der Lumbosakralgegend eines vorgestellten Pat. konvergierten die Haare deutlich nach dem Steißbeine hin. Ätiologisch sind die cystischen und okkulten Formen nicht zu trennen, die letzteren sind die geringer gebliebenen oder rückgängig gewordenen cystischen Arten. Erblichkeit oder gehäuftes Auftreten in einer Familie wird so gut wie nie beobachtet; wahrscheinlicher kommen äußere Ursachen (Verwachsungen des Amnion, einfacher Druck) und Hydromyelie in Betracht. Chirurgische Behandlung erfordern diejenigen Fälle, bei denen ein derber Strang von der äußeren Haut, bestehend aus Bindegewebe, Fett, Muskeln, durch den festen Abschluß des Wirbelkanales hindurch zum unteren Ende des Rückenmarkes zieht. Dieser Strang spannt, da er nicht wächst, das Mark im Laufe der Jahre sehr fest gegen den unteren Rand des hinteren Abschlusses des Wirbelkanales, der sog. Membrana reuniens, an und führt so zu den verschiedenen Lähmungen sensibler, motorischer (auch von Blase, Mastdarm), trophischer Natur. Diese entwickeln sich am Ende des 1. und 2. Dezenniums. Die Exstirpation des Verbindungsstranges oder die Inzision der Membrana reuniens hat in vier Fällen zu einer wesentlichen Besserung geführt. Herr Geh.-Rat Hildebrand hat einmal ohne Erfolg operiert.

Diskussion. Herr Hildebrand bemerkt dazu, daß zwar ein Strang sich fand, daß der aber nicht auf das Mark hin ging, sondern nur bis zum Kreuzbeine führte. Erst nach Spaltung der Häute fanden sich vom Rückenmark ausgehende, an die Häute angewachsene Nervenstränge. Die Verwachsungsstelle wurde umschnitten, in die Tiefe gelagert und darüber zugenäht, aber ohne Erfolg.

5) Herr Lessing: Die Lageveränderungen des Dickdarmes bei Aufblähung.

L. studierte bei seinen Leichenversuchen verschiedene praktisch wichtige Fragen. Zunächst untersuchte er, wie eine allmählich zunehmende Ausdehnung des Coecum seine und der Appendix gegenseitige Lagerung beeinflußt. Mit zunehmender Ausdehnung wird das Coecum in der Richtung seiner Längsachse nach vorn unten verschoben und seine Wand den Bauchdecken genähert. Die Basis der Appendix macht diesen Lagewechsel mit; in allen Fällen, wo dessen Mesenteriolum mehr oder minder geschrumpft ist, wird der Wurmfortsatz an die Coecal- oder hintere Bauchwand herangezogen und zugleich gedehnt und gezerrt; das bedeutet eine Behinderung der Zirkulation. Bestehende Knickungen wurden immer verstärkt. So begünstigt die im akuten Stadium immer vorhandene Coecalblähung die Perforation oder Gangrän. Die Opiumtherapie, die den Dickdarmmeteorismus verstärkt, ist auf Grund dieser Untersuchungen zu verwerfen.

Bei Aufblähung des Colon transversum wurde Kantenstellung der Leber nur dann beobachtet, wenn dasselbe ganz oder im proximalen Teile mit kurzem Mesenterium quer durch das Epigastrium zog, was unter 50 Leichen 10mal der Fall war. Der diagnostische Wert verkleinerter Leberdämpfung als Frühsymptom fortschreitender Peritonitis kann danach nur ein geringer sein.

Breite Vernähung der lateralen, dem linken Darmbeinkamme zugekehrten Wundflächen der Schenkel der Flex. sigmoidea behinderte bei Aufblähung in keiner

Weise die Aufrichtung der Flexur aus großem oder kleinem Becken, vorausgesetzt daß die Entfaltung des Mesenteriums nicht durch Schrumpfung (Adhaesiones perit. inf. nach Gersuny) behindert war. Bei der Aufblähung wird der sich zuerst füllende Kolonschenkel an die Anheftungsstelle seines Mesenteriums herangezogen und zieht damit den angenähten Mastdarmschenkel mit empor; einer Einstülpung der Pars pelvina recti in die Ampulle wird damit energisch vorgebeugt. So gibt dieses bei der Kolopexie geübte Verfahren nicht zu der Befürchtung (v. Eiselsberg) Veranlassung, es werde dadurch eine Disposition zum Volvulus geschaffen.

6) Herr Neuhaus: Gefäßversorgung des Hodens und Nebenhodens.

N. hat die Gefäßverteilung im Hoden und Nebenhoden studiert an mit Quecksilber-Terpentinöllösung injizierten Organen, von denen Röntgenbilder aufgenommen wurden. Es ergab sich, daß die Art. spermat. int., nachdem sie sich in zwei Äste geteilt hat, mit diesen beiden Ästen direkt in den Hoden geht, und zwar an der dem Nebenhoden zugekehrten Seite in der Mitte und am unteren Pole. Die Art. deferent. versorgt den Nebenhoden und sendet eine Anastomose zum Hoden. Aus diesem Verhalten der Gefäße läßt sich kein Grund dafür ableiten, daß die Tuberkulose gewöhnlich den Nebenhoden zunächst befällt. Versuche, die Samenkanälchen des Hodens vom Vas deferens aus zu injizieren, gelangen N. nicht; die Injektionsmasse drang nur bis zum Schwanz des Nebenhodens.

7) Herr Bosse: Bemerkungen zu den Vorträgen Prof. Joachimsthal's und Prof. Hoffa's über Coxa vara congenita.

(Vgl. Zentralblatt für Chirurgie 1905. Nr. 35. p. 677.)

B. macht auf eine bisher nicht genügend hervorgehobene Form von Coxa vara congenita aufmerksam, welche durch fötale Rachitis hervorgerufen wird. Zum Beweise legt er Präparate aus dem Virchow-Museum vor.

Diskussion. Herr Hoffa hebt an einem Präparate das Vertikalstehen der Epiphyse hervor, wie er es an seinen klinischen Fällen betont hat.

Richard Wolff (Berlin).

---

8) **Lemoine et Gallois.** La pleurésie blennorrhagique.

(Revue prat. des org. génito-urin. 1905. Nr. 7.)

Die seröse oder eitrige Pleuritis ist eine seltene Komplikation einer Allgemeininfektion mit Gonokokken. Die Verff. zitieren die bisher bekannten 15 Beobachtungen, von denen jedoch nur in dreien der bakteriologische Nachweis von Gonokokken im Pleuraexsudate vorliegt; einen vierten sicheren Fall beobachteten sie selbst bei einem 35jährigen Manne, bei welchem die Erkrankung zunächst als tuberkulöse Pleuritis angesprochen wurde. Der Beginn war akut, und im Laufe des nächsten halben Jahres mußte häufig punktiert werden, wobei große Mengen stark rötlich gefärbter Flüssigkeit entleert wurden. Dabei starke Abmagerung, Albumen im Urin, Kräfteverfall. Erst jetzt wurde bekannt, daß Pat. vor Beginn der ersten Erscheinungen an einer vernachlässigten Gonorrhöe gelitten hatte. Die nunmehr vorgenommene bakteriologische Untersuchung der Punktionsflüssigkeit ergab Gonokokken in Reinkultur. Wegen der schnellen Wiederansammlung des Exsudates wurde die Pleurotomie mit Rippenresektion gemacht. Die Pleurahöhle war mit dicken falschen Membranen ausgekleidet, welche in dem rötlichen Exsudate flottierten. Unter zunehmenden Erscheinungen von seiten der Nieren trat immer größerer Kräfteverfall und 9 Monate nach Beginn der Erkrankung der Tod ein.

Die Pleuritis gonorrhoica tritt meist während des akuten Stadiums der Gonorrhöe auf, die Symptome sind nicht besonders für den gonorrhoischen Ursprung charakteristisch. Die Infektion der Pleura erfolgt wahrscheinlich auf der Blutbahn, und die Exsudatbildung ist eine direkte Folge der in der Pleurahöhle sich festsetzenden Gonokokken, nicht nur ihrer Toxine. **Mohr** (Bielefeld).

9) **Mosheim.** Die Heilungsaussichten der Lungentuberkulose bei spontanem und künstlichem Pneumothorax.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 5.)

Verf. berichtet zunächst über 50 Fälle von Pneumothorax aus der Heidelberger medizinischen Klinik. Von diesen waren 42 tuberkulöser Natur, 7 durch fötide Bronchitis, Lungengangrän, Tumor usw. bedingt und 1 von zweifelhafter Diagnose, vielleicht auch tuberkulös. Der letztere Pat. heilte, die 7 anderen starben; von den 42 tuberkulösen — also 86% aller Fälle waren tuberkulöser Herkunft — wurden 6 operiert, und zwar wurde 3mal eine Thorakoplastik ausgeführt, 2mal die Bülau'sche Heberdrainage angewandt und 1mal Thorakotomie und Rippenresektion vorgenommen.

Alle diese 6 Pat. sind, allerdings zum Teil erst nach jahrelangem, zeitweise gutem Befinden gestorben. Interessante Einzelheiten aus den Journalen hier wiederzugeben, ist nicht der Platz.

Ein einziger Fall, konservativ behandelt, wurde geheilt. Die übrigen 35 Kranken konnten bei konservativer Therapie, die allerdings mehrfach durch Punktion unterstützt wurde, nicht ganz geheilt werden. Die Prognose ist also sehr trübe.

Es wird dann ausführlich über das von Murphy inaugurierte Vorgehen berichtet, vermittels künstlicher Herstellung eines Pneumothorax durch Stickstoffinjektion in die Pleurahöhle die Lunge ruhig zu stellen — analog der chirurgischen Therapie tuberkulöser Gelenkerkrankungen — und damit die spontanen und therapeutischen Heilungsbestrebungen zu unterstützen, insbesondere bei Lungenblutungen schnell Hilfe zu schaffen.

Murphy hat bisher 1600—1700 derartige Injektionen mit befriedigendem Erfolge vorgenommen.

Verf. setzt auseinander, daß es natürlich etwas ganz anderes sei, ob ein Pneumothorax durch Perforation der erkrankten Lunge in den Pleuraraum entsteht, oder ob man auf aseptischem Wege steriles Gas in den unversehrten Brustfellraum einspritzt. Hiermit ist keine wesentliche Gefahr verbunden; was es für den beabsichtigten Zweck nützt, darüber fehlt es noch an entsprechender Erfahrung.

Verf. behandelt weiterhin sehr ausführlich die Mechanik des Pneumothorax und seine Beziehungen zur Zirkulation.

Nach Besprechung der bisher üblichen Behandlungsmethoden deutet er als die ideale Methode die an, operativ die Lungenfistel, und zwar möglichst früh, zu verschließen und durch Überdruckverfahren die Lunge wieder auszudehnen. Dann, nach Verschluß der Lungenfistel, kann auch die Bülau'sche oder Perthes'sche Drainage zur Ableitung der Sekrete und Erhaltung geringen Unterdruckes mit Vorteil Verwendung finden. **W. v. Brunn** (Rostock).

10) **H. Schröder.** Zur Dauerheilung des Brustkrebses. Ergebnisse der in der Rostocker chirurgischen Klinik 1875—1901 ausgeführten Operationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 659.)

Im Laufe von $25^1/_2$ Jahren wurden in der Rostocker chirurgischen Klinik 347 Fälle von Brustkrebs operiert. Davon starben im Anschluß an die Operation 16 = 4,61%, doch entfällt ein großer Teil dieser Fälle auf die Zeit einer wenig vollkommenen Antisepsis. Mindestens 3 Jahre geheilt geblieben und noch am Leben waren 45 Pat. Darunter befanden sich 5 wegen Rezidiv operierte Fälle. 6 weitere Fälle waren lange Jahre rezidivfrei geblieben, als sie an anderweitigen Krankheiten starben. Bei 5 anderen, die länger als 3 Jahre rezidivfrei geblieben waren, ist nur das Todesdatum, nicht aber die Todesursache bekannt. Endlich waren 6 Fälle nach 4 und mehr Jahren gesund befunden worden, über deren Endschicksal nichts in Erfahrung gebracht werden konnte. Es ergaben sich also im ganzen 61 Fälle langdauernder Heilung von 3 Jahren und mehr.

An Rezidiv und Metastasen starben 182 Fälle, darunter 15, bei denen das Fehlen eines örtlichen Rezidivs besonders hervorgehoben war, ferner 3 Fälle, bei

denen sich ein solches bei der Autopsie nicht fand, und 20 Fälle, bei denen die ärztlichen Antworten ein örtliches Rezidiv nicht erwähnen. Unter 53 Rezidiven, welche in die Klinik zur Rezidivoperation kamen, lag nicht weniger als 34mal ein Narbenrezidiv vor, und zwar war dies in 21 Fällen das einzige Rezidiv. 5mal saß das Rezidiv neben der Narbe. Verf. leitet daraus die Forderung ab, mit der Fortnahme der Haut nicht zu sparsam zu verfahren.

In 19,7% wurden Spätrezidive beobachtet, d. h. von 76 Fällen, welche gesund in das 4. Jahr nach der Operation eintraten, erkrankten doch noch 5 an Rezidiv oder Metastasen.

Insgesamt berechnet Verf. die Zahl der Heilungen auf 21,1%.

M. v. Brunn (Tübingen).

11) **Mauclaire.** Craquements, frottements et froissements sous-scapulaires.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 30.)

Die Frage nach der Ursache dieser eigentümlichen Erscheinung vermag M. ebensowenig zu beantworten, wie die Autoren vor ihm. Man müsse für jeden Fall eine eigene Ursache suchen. Wie schwer das ist, beweisen zwei Fälle, die seiner Mitteilung zugrunde liegen. Trotz Autopsie am Lebenden gelang es nicht, eine befriedigende anatomische Grundlage zu finden. In einem Falle wurde nur ein dünnwandiger Schleimbeutel unter dem Schulterblatte gefunden, in dem anderen war die 4. Rippe etwas torquiert infolge bestehender geringer Skoliose, während keinerlei Exostosen oder dergleichen zu finden waren.

Behandelt wurden beide Fälle gleich, und zwar beide mit gutem Resultate. Der Hautschnitt verlief entlang dem medialen Schulterblattrande. Ein kleiner Schnitt durch die Muskulatur gestattete die Abtastung des Subskapularraumes. Sodann wurde ein 4 cm hoher, rechteckiger Lappen aus den Mm. trapezius und rhomboideus mit der Basis am Schulterblatte gebildet und nach innen, zwischen Brustkorb und Schulterblatt, geschlagen, dort mittels einer Catgutnaht mit Mühe befestigt. Immobilisierung des Armes durch 20 Tage. Das Krachen war danach, wie gesagt, verschwunden, ohne daß die Stellung des Schulterblattes gelitten hatte. Über den Dauererfolg vermag M. noch nichts anzugeben.

V. E. Mertens (Breslau).

12) **N. Bardescu** (Bukarest). Die chirurgische Behandlung der rezidivierenden Schulterverrenkung.

(Revista de chirurgie 1905. Nr. 2.)

Die rezidivierenden Schultergelenksverrenkungen bedingen eine wahre Infirmität des Gliedes, indem oft unbedeutende Ursachen, geringfügige Muskelkontraktionen hinreichen, um den Gelenkskontakt aufzuheben. In der überwiegenden Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich um eine übermäßige Dehnung der Kapsel, um eine teilweise Ablösung derselben oder um eine Ruptur, wodurch die Fixierungsmittel des Gelenkes eine bedeutende Schwächung erfahren. Eine rationelle Operation muß also direkt auf die Kapsel einwirken, wie dies zuerst von Gerster in Neuyork gemacht worden ist, während Arthrodese und Gelenksresektion nur mittelmäßige Resultate geben können.

Die heute übliche Operationsmethode ist die Kapsulorrhaphie, bestehend darin, daß durch einen Schnitt zwischen Deltoideus und Pectoralis und einem längs des Schlüsselbeinrandes ein Lappen gebildet wird, welcher den Deltoideus enthält und nach außen gezogen wird. Das Gelenk wird dann freigelegt, durch mehrere durchgezogene Fäden die Kapsel gefaltet und auf diese Weise verkürzt. Diese Operationsmethode ist von Ricard angegeben, und es sind elf Fälle veröffentlicht worden; welche nach derselben mit gutem Erfolg operiert worden sind. B. fügt denselben noch zwei persönliche hinzu, in welchen ein sehr gutes funktionelles Resultat erzielt werden konnte. Zur Verstärkung der Kapsel wird vorteilhafterweise noch ein benachbarter Muskel, am besten der Coracobrachialis herangezogen. Nach Be-

endigung der Operation und Naht der Tegumente wird der Arm durch 4 bis 5 Wochen immobilisiert, was für die Heilung von Wichtigkeit ist.

E. Toff (Braila).

13) **F. Roskoschny.** Ein Fall von angeborener, vererbter Verbildung beider Knie- und Ellbogengelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 569.)

Insbesondere röntgenologisch interessante Beobachtung aus dem Privatambulatorium von Prof. A. Lorenz in Wien. Es handelt sich um einen 30jährigen Vater mit Mißbildung an Ellbogen und Knien, der seinen mit denselben Fehlern behafteten $3^3/_4$jährigen Sohn vorstellte, indes, als die Therapie zur Besprechung kam, die Flucht ergriff, so daß die Untersuchungsaufnahmen nicht ganz bis zu Ende durchgeführt werden konnten. Beide Pat. zeigten doppelseitiges angeborenes Genu valgum und eine Verbildung der Ellbogen, so daß Pro- und Supination stark behindert sind. Die Kniegelenke sind von beiden Pat., der Ellbogen nur von dem Vater röntgenographisch aufgenommen. Die Genu valgum-Bildung zeigt sich hervorgerufen durch ein vollständig isoliertes, an der medialen Seite des Kniegelenkes lagerndes und mit Femur und Tibia artikulierendes Knochengebilde. Dasselbe ist auf den Röntgenbildern von Vater und Sohn ganz deutlich und in völlig analoger Weise erkennbar, nur daß auf der Aufnahme bei dem Sohne natürlich die knorpeligen Epiphysenteile der Ober- und Unterschenkel keinen Schatten hinterlassen haben. Die Deutung dieses überzähligen Knochenstückes als eine kartilaginäre Exostose erscheint ausschließbar; vielmehr glaubt R. annehmen zu müssen, daß der Knochen einen isoliert entwickelten Condylus internus darstellt, der, abnorm für sich ossifiziert, einerseits mit dem größeren Hauptstücke der Femurepiphyse, andererseits mit der Tibia artikuliert. Zur Erklärung hierfür ist annehmbar, daß zwei Knochenkerne in der Femurepiphyse angelegt waren, von denen aus dem medialen dieses isolierte Knochenstück hervorging. Letzteres wurde schließlich zu einem selbständigen Schaltknochen. Am Ellbogen des Vaters fand sich beiderseits Verrenkung des Radiusköpfchens nach hinten, verbunden mit abnormer Kürze und Verkrümmung beider Unterarmknochen, die wahrscheinlich auch miteinander verwachsen sind.

Beigegeben sind die interessanten Röntgenbilder und ein Literaturverzeichnis.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

14) **A. Nolde.** Ein Fall von kongenitalem Riesenwuchs des rechten Daumens.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 504.)

Der rechte Daumen des 54jährigen Pat. war schon bei der Geburt vergrößert und ist zur Zeit der Beschreibung doppelt so groß als der linke. Sonstige Anomalien weist sein Besitzer nicht auf. **Doering** (Göttingen).

15) **O. E. Schulz.** Über Frakturen der Fingerphalangen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 235.)

S. veröffentlicht 20 Fälle von Bruch an Fingerphalangen, die in kurzer Zeit bei der Wiener allgemeinen Poliklinik zur Beobachtung gelangten. Den kurzen Krankengeschichtsnotizen sind fast überall die wohlgelungenen Röntgenogramme beigefügt, die eine gute Vorstellung von den mannigfachen hier beobachtbaren Bruchlinien geben. Es handelte sich 3mal um Längsbrüche, 4mal um Querbrüche, 9mal um Splitterbrüche, 2mal um Schrägbrüche, um eine Y-Fraktur und um zwei Gelenkbrüche. Nur drei von diesen Brüchen waren offene, alle anderen subkutane Verletzungen. Dem eigenen Material ist kurze Berücksichtigung der einschlägigen, namentlich neueren röntgenologischen Literatur beigefügt. In praktischer Beziehung empfiehlt S. in gewiß zweckmäßiger Weise zur Schienung gebrochener Fingerglieder die sogenannte Wellpappe, wie sie als Packung von Glasgefäßen gebräuchlich ist. Die Richtung der gepreßten Pappwellen wird parallel der Finger-



längsachse angelegt. Die Brüche der Phalangenschäfte heilen meist mit guter Funktionserhaltung, während nach Gelenkbrüchen leicht Ankylosenbildungen zurückbleiben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

16) **Riedl.** Zwei Fälle von angeborener Defektbildung des Oberschenkels.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Im ersten Falle handelt es sich um ein 2jähriges Mädchen mit plumpem, dickem, stark verkürztem Ober- und beinahe normalem Unterschenkel. Das Röntgenbild zeigt anstatt des Femur ein kurzes, nach oben spitz zulaufendes Knochenstück mit einer distal sich ansetzenden Epiphyse. Eine Kniescheibe war nicht vorhanden.

Der zweite, 28jährige Pat., dem das rechte Femur vollkommen fehlt, geht mittels einer an einem Schnürschuh befestigten Stelze. Der rechte Fuß endigt in Höhe des linken Knies. Pat. zeigt außerdem einen Defekt am rechten Arme, welcher nur schwach entwickelt und verkürzt ist.

Außer dem Daumen sind nur noch zwei Finger vorhanden. Die Vorderarmknochen sind derartig verbogen, daß Supination nicht ausführbar ist.

Gaugele (Zwickau).

17) **L. Galliard.** Traitement de l'arthrite aigue blennorrhagique du genou par les injections intra-articulaires de sublimé.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 10.)

Die Behandlung des akuten Tripperrheumatismus, speziell des Kniegelenkes, liegt noch recht im Argen. Die einfache Immobilisation und die Punktion ohne nachfolgende Injektionen hat Verf. ohne besonderen Erfolg in mehreren Fällen versucht. Bessere Resultate hat er erst erzielt, als er nach der Punktion intraartikuläre Injektionen mit Sublimat oder noch besser Auswaschungen des Gelenkes mit Sublimat vornahm (20 ccm einer Lösung 1:4000). Diese Auswaschungen werden in einer Sitzung mehrere Male vorgenommen; in schweren Fällen sind mehrere derartige Sitzungen nötig; mehr als dreimalige Punktion hat Verf. niemals vorzunehmen gebraucht. In keinem Falle kam es zur Ankylose. Die Behandlungsdauer betrug je nachdem 4 Wochen bis 4 Monate. Die Punktionsflüssigkeit war in allen Fällen serös-eitrig oder rein eitrig. Gonokokken konnten niemals nachgewiesen werden. Seine zehn genauer mitgeteilten Beobachtungen teilt Verf. in zwei Gruppen:

1) Fälle von akuter blennorrhagischer Arthritis in Verbindung mit einem akuten oder subakuten Gelenkrheumatismus. Verhältnismäßig gutartige Fälle, deren Behandlungsdauer zwischen 4 und 8 Wochen schwankt.

2) Akute blennorrhagische Monoarthritiden; schwere Fälle von 2- bis 4monatiger Behandlungsdauer. **Paul Wagner** (Leipzig).

18) **Gregor.** Tuberculous synovitis treated by the Roentgen-rays.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 28.)

17jähriger Schüler mit Kniegelenkstuberkulose, der die Beobachtung gemacht hatte, daß zwei Röntgenaufnahmen seines Knies, zu diagnostischen Zwecken vorgenommen, einen auffallend günstigen Einfluß auf den Zustand des Gelenkes ausgeübt hatten. Auf seinen Wunsch Fortsetzung der Bestrahlungen in therapeutischer Absicht: elf Sitzungen von je 10 Minuten 2mal wöchentlich, 35 cm Funkeninduktor, 6 Ampère, harte Röhre, 15 cm Röhrenabstand. Schnelle Heilung. Das Kniegelenk wird völlig normal. Die Heilung besteht seit 3/4 Jahr unverändert fort.

W. Weber (Dresden).

19) **K. Crainer.** Klinischer Bericht über 96 Diaphysenstümpfe des Ober- resp. Unterschenkels.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

C. berichtet über Nachuntersuchungen bei 96 Amputationen, die an Kranken im Alter von 2—64 Jahren stattgefunden haben. Die Operationen wurden von

verschiedenen Chirurgen Kölns und Umgegend vor 1—19 Jahren ausgeführt. Im Oberschenkel wurden 46, im Unterschenkel 50 amputiert, und zwar alle in der Diaphyse. In 26 Fällen kann man den Stumpf äußerlich zufriedenstellend, in 70 Fällen direkt schlecht nennen. Bei diesen ist die Haut dünn, blau oder rot verfärbt, hat große Neigung zur Geschwürsbildung, die Narbe ist mit dem Callus fest verwachsen und auf Druck schmerzhaft. Äußerst wichtig ist aber die Tatsache, daß von 96 Stümpfen nur 2 tragfähig waren.

Verf. glaubt damit den Beweis erbracht zu haben, daß man sich mit der Herstellung tragfähiger Stümpfe viel mehr Mühe geben muß, damit es gelingt, diesen unglücklichen, entstellten Menschen ein würdiges Dasein zu schaffen.

Hartmann (Kassel).

20) **H. Teske.** Ein Fall von erworbener partieller Makrosomie; Verlängerung des Femurs nach Unterschenkelamputation.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

T. hat an einem 10 cm unterhalb des Kniegelenkes amputierten Knaben, der von der Kuppelstange einer Dreschmaschine am linken Beine erfaßt und zu Boden geworfen war, die Beobachtung gemacht, daß sich nach $5^1/_2$ Jahren eine Verlängerung des betreffenden Oberschenkels um $1^1/_2$ cm eingestellt hatte. Der Trochanter stand in der Roser-Nélaton'schen Linie, die Beweglichkeit des Hüftgelenkes war vollkommen frei, besonders auch die Abduktion; eine Coxa valga war ausgeschlossen.

Den Grund, warum der Knochen in erster Linie vor den anderen Geweben der Extremität hypertrophiert, sucht T. in den Ernährungsbedingungen. Der Knochen, auf den vermöge seiner Starrheit die Gewalt stärker einwirken muß als auf die übrigen Gewebe, hat im Verhältnis zu diesen Geweben die geringste Blutversorgung und muß daher am ehesten und stärksten bei veränderter Ernährung reagieren. Da weiter im Epiphysenknochen die Venen viel zahlreicher als die schon an sich divertikelartig erweiterten und geschlängelten Arterien sind und durch ihre Anastomosen einen stärkeren plexiformen Charakter zur Schau tragen, so muß auch bei stärkerer Blutzufuhr eine gewisse venöse Stauung eintreten, die nach Bier u. a. ebenfalls der Knochenwucherung bezw. der Hypertrophie günstig sein soll. **Hartmann** (Kassel).

21) **Kirmisson.** Nouvel exemple de pseudarthrose flottante du tibia avec luxation de l'extrémité supérieure du péroné, consécutive à une ostéomyélite.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 3.)

Im Gefolge einer in der Jugend durchgemachten Osteomyelitis der Tibiadiaphyse mit primärer Knochenresektion hat sich nicht genügend Knochen nachgebildet — eine Gefahr, mit welcher man immer dabei zu rechnen hat —; es ist vielmehr zu einer Unterbrechung der Knochensubstanz mit voller Verschieblichkeit der Enden gekommen. Der Unterschenkel ist »krummstabförmig« stark verbogen mit der Konvexität nach außen, das Wadenbein hypertrophisch, oben aus der Gelenkverbindung verschoben und in der Kniekehle heraussstehend. Diese typische Deformation kann ebenso wohl, wie aus osteomyelitischem Knochenschwund, auch aus ungleichem Wachstum der beiden Hälften der oberen Tibiaepiphyse bei Tuberkulose und ähnlichen Dingen entstehen. **Herm. Frank** (Berlin).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



// Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 31. Sonnabend, den 5. August. 1905.

I.

Zur Frage der Osteochondritis dissecans.

Von

Prof. **König** (Berlin) in Jena.

Zwei in letzter Zeit erschienene experimentelle Arbeiten über freie Körper in Gelenken veranlassen mich, noch einmal in dieser Frage die Feder zu ergreifen, lediglich, um zu konstatieren, daß durch beide Arbeiten die Frage, wie es zur Bildung von Knochenknorpelkörpern durch Ausscheidung derselben aus der überknorpelten Gelenkfläche bei sonst gesunden Gelenken in einer Anzahl von Fällen kommt, ohne daß als Ursache eine Gewalteinwirkung festgestellt werden konnte, nicht berührt wird.

1) Herr Hans Rimann[1] hat im Laboratorium von Orth an zwei Hunden und einem Ziegenbock im ganzen sechs Gelenke so operiert, daß er die Gelenke anschnitt und Oberflächenstücke der Gelenkfläche in der Art abmeißelte, daß sie durch einen dünnen Knochenknorpel-

[1] Virchow's Archiv Bd. CLXXX. Hft. 3.

stiel mit dem Gelenkknorpel in Verbindung blieben. Während die Tiere sich bewegten, heilten dann die Gelenke aseptisch aus.

Herr R. hatte also intraartikuläre Gelenkfrakturen geschaffen, welche noch einen dünnen, aber, wie wir sowohl durch Beobachtung am Menschen als auch durch mannigfache Experimente längst wissen (Ellbogen u. a.), zur Wiederanheilung völlig ausreichenden Ernährungsstiel hatten.

Da er nun die Tiere sich bewegen ließ, so ist es vollkommen verständlich, wenn diese Bewegung einigemal ohne Einfluß auf die Lage des abgesprengten Körpers blieb, so daß dieser an Ort und Stelle anheilte, während er andere Male gelöst wurde und somit an anderem Ort, und zwar ohne Ernährungsstiel blieb. Aber auch das ist bekannt, daß solche Teile, wenn sie nicht alsbald an anderer Stelle (Synovialis) wieder verkleben und durch Verwachsung sich einen neuen Ernährungsstiel schaffen, resorbiert werden können.

Wenn Herr R. sich die Mühe gegeben und eine Anzahl der von Martens mitgeteilten sehr zahlreichen Kranken- und Operationsgeschichten gelesen hätte, so würde er gefunden haben, daß die Beschreibung, welche ich dort von der Lösung der Körper, von der flächenhaften Verwachsung durch Granulation bis zur Stielung gegeben habe, mit seinen Versuchen an Ziege und Hund gar nichts zu tun hat. Herr Rimann haut nämlich das Stück kurzerhand mit dem Meißel ab und beobachtet dann, was aus ihm wird, er macht also ein Trauma so grob wie nur möglich, während ich mich damit quäle, zu erforschen, wie denn das Stück dazu kommt, sich abzustoßen ohne Trauma. Trotzdem ist er der Meinung, mit seinen Befunden meine Lehre von der Osteochondritis dissecans abgeräumt zu haben.

Daß etwas in der Sache noch nicht ganz stimmt, das fühlt aber der Autor doch auch, er fühlt, daß seine Überzeugung von der »nur traumatischen Entstehung solcher Körper« bei vielen Fällen, bei welchen nach der Einbildung der Kranken eine Gewalteinwirkung nicht stattfand, noch einer Stütze bedarf. Und dazu muß als Stütze die »Disposition« helfen, welche er bei der Untersuchung der Leichen von 200 Gelenken jugendlicher Personen in einer Anzahl von Fällen fand und sie als Arthritis deformans ähnliche bezeichnet (Auffaserung, Knorpelschwund usw.). Und diese Disposition soll besonders bei Tuberkulose vorkommen. Diese Disposition macht den Knochen zerbrechlich.

Ich vermag nun Herrn Rimann in dieser Richtung vollkommen zu beruhigen. Die vielen Gelenke meiner Pat., zum großen Teile sehr kräftiger jugendlicher Personen von 16—25 Jahren, waren, soweit ich mich habe überzeugen können, samt den Trägern der Gelenke gesund und blieben gesund und zumal frei von Tuberkulose. Auch hat die hier im ganzen sehr sorgfältig angestellte Nachfrage keine nachträgliche Entwicklung von Tuberkulose als öfter vorkommend ergeben.

Immerhin freut es mich, konstatieren zu können, daß auch Herr

Rimann der Meinung ist, es müsse öfter zu dem Trauma noch etwas hinzukommen, um einen Gelenkkörper zu erzeugen.

2[2]) Des corps etrangers articulaires et en particulier des corps traumatiques au point de vue expérimental et histologique. Par le Prof. Cornil et le Dr. P. Coudray.

Nach einem historischen Rückblick über die traumatischen Gelenkkörper teilen die Verf. die Resultate mit, welche sie durch Lösung von Knochenknorpelteilen in Hundegelenken, welche sie zu diesem Zwecke eröffnet hatten, erzielten. Die gelösten Körper wurden in die Gelenke zurückgeschoben und dieselben durch Naht verschlossen. Die Tiere wurden nach 8, 14 Tagen, nach 1 und nach $1^1/_2$ Monat getötet. Die Fremdkörper erwiesen sich bei der Autopsie fixiert am Skelett oder an der Synovialis. Von den acht Körpern waren zwei in Synovial- und in neugebildetes Bindegewebe gebettet, zwei waren fixiert durch Ausbreitungen der Synovialis an den nicht knorpligen Teil des inneren Condylus. Drei waren mehr oder weniger innig mit dem Substanzverlust des Knochens durch faserknorpliges Gewebe verwachsen.

Alle abgetrennten Stücke hatten also durch Verwachsung Ernährungsboden gefunden und waren infolgedessen am Leben geblieben, zum Teil sogar knöchern verwachsen; zwei Körper waren gewachsen (v. Recklinghausen).

Es hat für uns keinen Zweck, den genau beschriebenen Befund der Körper zu studieren, genug, daß wir festhalten, sie waren sämtlich verwachsen und zeigten in ihrer Substanz die Verhältnisse von Zellenzerfall und Neubildung, wie solches bereits in ähnlicher Art von Barth beschrieben wurde.

Es folgen dann Betrachtungen über pathologische Gelenkkörper, über Gelenkkörper, welche aus tuberkulösen Sequestern hervorgingen, über Gelenkkörper von dunkler Herkunft, und schließlich wird auch die Osteochondritis dissecans mit einem Absatz abgetan, welcher beweist, daß die Herren Cornil und Coudray weder meine Arbeiten, noch die eingehende[3] auf Grund sämtlicher Kranken- und Operationsgeschichten samt mikroskopischen Untersuchungen gegebenen Mitteilungen aus meinen Kliniken in Göttingen und Berlin von Dr. Martens gelesen haben. Hätten sie das getan, dann würde wohl der Schlußsatz ihrer Arbeit nicht gelautet haben:

Quand'a l'osteochondrite de König nous pensons avec Barth que c'est une affection dont l'existence reste a demontrer. Les faits qu'elle vise sont probablement par la plupart de nature tuberculeux, mais le vague des observations ne permet aucune appréciation de quelque valeur.

[2] Revue de chirurgie 1905. April. Hft. 4.

[3] Siehe Deutsche Zeitschrift für klinische Chirurgie Bd. LIII, p. 348 u. 485. *Stabsarzt Dr.* Martens, Zur Kenntnis der Gelenkkörper usw.

Also auch hier wieder die Tuberkulose! Der Sündenbock nur in noch etwas gröberer Weise als in der vorigen Arbeit.

Von beiden Arbeiten glaube ich annehmen zu dürfen, daß die Autoren den Vorzug hatten, »von dem Balast klinischer Erfahrung frei zu sein«.

Die Tatsachen, welche uns die beiden Arbeiten brachten, daß abgetrennte Knorpelknochenstücke im Gelenk verwachsen und, abgesehen von manchen durch die veränderten Ernährungsverhältnisse bedingten Veränderungen, verwachsen und ernährt bleiben können, sind uns längst bekannt. Nicht an diesen traumatischen Körpern habe ich auch meine Studien gemacht, sondern an einer großen Anzahl solcher anscheinend aus der freien Gelenkoberfläche abgesprengte Stücker, bei welchen ein Trauma nicht nachgewiesen war, und von welchen ich eine Reihenfolge zusammenstellte, von dem Körper an, welcher noch mit seinem Boden durch Granulation verbunden war, bis zu der allmählichen Verkleinerung des Verwachsungsbodens, der Stielung und schließlichen Lösung des Stieles. Das Bestreben, nur diese Fälle, von welchen ich ausdrücklich bemerke, daß auch eine Anzahl zweifellos traumatischer Körper denselben Modus der Lösung durchmachen, klar zu machen, hatte mich bestimmt, anzunehmen, daß ein Prozeß, ähnlich dem, welcher ein nekrotisches Hautstück aus der gesunden Haut zur Lösung bringt, hier zwischen Knorpel und Knochen sich vollziehe, eine Annahme, zu welcher ich, wie es schien, durch den Nachweis von Granulation und Riesenzellen zwischen sich lösenden und bindenden Knochen berechtigt war. Aber ich habe sofort erklärt, daß mir das Wesen des Vorganges, der Grund, warum hier das Knochenstück sich löst, welches in zweifellosen traumatischen Fällen durch die Gewalteinwirkung gelöst wird, vorläufig unbekannt sei. Mir schwebte dabei vor ein Prozeß, ähnlich dem, wie wir ihn bei der Randnekrose eines infizierten Frakturknochens sehen, bei welchem die Nekrose oft keine vollkommene ist, sondern noch ein Teil des Randes in Zusammenhang mit ernährtem Knochen bleibt. Auch hatte ich, geringen, vielleicht nicht beobachteten Traumen Rechnung tragend, darauf hingewiesen, daß es sich um Veränderungen in einem nur kontundierten Knochen handeln könne.

Aus Versuchen, wie den vorstehenden, kann ich also nichts für die Erklärung, was in meinen Fällen an die Stelle des Traumas getreten ist, lernen. Es ist dadurch meine Annahme weder bestätigt, noch ist ihre Berechtigung aus der Welt geschafft. Wird doch in den beiden Arbeiten der Gelenkkörper gewaltsam angelegt und dann beobachtet, was daraus wird, wobei noch nicht einmal das Bild, welches meine Beobachtungen und die anderer zeigen, gewonnen wurde. Die Experimentatoren haben sich also die Frage, deren Beantwortung mir am Herzen liegt, um welche sich die ganze Geschichte des freien Körpers dreht, gar nicht gestellt. Handelt es

sich doch nicht darum, zu erklären, was aus dem Körper wird, wenn er abgesprengt ist, sondern warum das betreffende Stück dazu kommt, sich zu lösen, ohne daß man direkt ein Trauma beschuldigen kann.

Zur Erklärung der Tatsache, warum sich einer der von uns beschriebenen Körper aus dem freien Gelenkende löst, tragen also Arbeiten, wie die vorliegenden, nichts bei.

Die Frage nach der Bildung von Fremdkörpern in nicht kranken, nach Entfernung der Körper wieder normal funktionierenden Gelenken ist selbstverständlich für den beantwortet, welcher in allen solchen Fällen eine vorangehende Gewalteinwirkung annimmt. Wenn auch dann immer noch Schwierigkeiten bleiben, wenn es schwer verständlich bleibt, wie auch eine schwere Gewalteinwirkung das zustande bringt, was man an der Leiche nur mit schwerster Gewalt und nur ausnahmsweise hervorbringt, die Absprengung eines Stückes aus einer freien Gelenkfläche, so läßt sich das immer noch denken.

Viel schwieriger ist es freilich, darüber hinauszukommen, daß Menschen, welche jede Verletzung leugnen, bei welchen also schwere Insulte doch sicher nicht stattgefunden haben, bei der Operation Knorpelknochenkörper zeigen.

Immerhin müssen aber auch dem gläubigsten Traumatiker gewisse Zweifel bleiben, wenn er auch bei genauester Anamnese von dem Kranken nichts über ein an dem betreffenden Gelenk erlebtes Trauma erfährt. Will er für solchen Fall den Betroffenen nicht direkt für einen Lügner halten, so muß er wenigstens annehmen, daß schwere Traumen, welche das Gelenk kürzere oder längere Zeit funktionsuntüchtig machten, nicht stattgefunden haben.

Man bedenke: es ist verständlich, daß überstandene Syphilis verheimlicht wird, aber es bleibt in der Regel unverständlich, wenn ein Mensch leugnet, eine Kniekontusion erlitten zu haben.

Zu denken gibt, wenn ein Verteidiger der Lehre, daß es nur arthritische und traumatische Gelenkkörper gibt (Vollbrecht, Beiträge zur klinischen Chirurgie 1898, Bd. XXI, p. 216), bei einer Zusammenstellung der Körper der Kniegelenke in Garnisonlazaretten von 10 Jahren findet, daß nur bei 44 in 67 Fällen (64,7 %) ein vorausgegangenes Trauma eruiert werden konnte, trotz Aussicht auf Invalidenpension, welche doch fast stets bei dem Soldaten eine Rolle spielt.

Es gibt meiner auf klinische Erfahrung gestützten Annahme nach außer dem Trauma noch eine Ursache, deren Wesen uns vorläufig unbekannt ist, welche dazu führt, daß ein Gebiet des überknorpelten Gelenkes zur Abstoßung kommt.

Für diese Fälle habe ich auf Grund von manchen anatomischen Befunden die Bezeichnung der Osteochondritis dissecans vorgeschlagen. Ich sehe keinen Grund, dieselbe aufzugeben, solange nicht das eigentliche Wesen der Störung gefunden worden ist.

II.

Eine einzeitige Operation der Hypospadia penis und penoscrotalis mit vorausgehendem Perinealschnitte.

Von

Dr. H. Vulliet,

Dozent für Chirurgie in Lausanne.

Die Herstellung der Urethra bei Hypospadie ist eine schwierige Operation und mißlingt sehr oft.

Man ist stets versucht, eine einzeitige Operation anzuwenden. Welche Vorsichtsmaßregeln müssen aber getroffen werden, um das freie Ablaufen des Harns zu ermöglichen, ohne daß die Nahtstellen verunreinigt, gereizt oder infiziert werden?

Der Dauerkatheter ist schlecht aus verschiedenen Gründen: Er übt eine gewisse Spannung auf die Nähte aus und ruft im neugebildeten Kanale Sekretion hervor. Der Harn kann zwischen ihm und der Harnröhrenwandung durchsickern und so die Vereinigung der Wundränder verhindern. Da wäre es schon besser, den Dauerkatheter wegzulassen und den Kranken regelmäßig zu katheterisieren. Aber auch das damit verbundene wiederholte Reiben der Nahtstelle, sowie die vermehrte Infektionsgefahr setzen den Erfolg sehr in Frage. Oft gibt es am Ende des Katheterisierens einen schmerzhaften Tenesmus, der den Urin mit Gewalt zwischen Harnröhrenwand und Katheter treibt; auch läßt der Kranke oft Urin, nachdem der Katheter zurückgezogen worden ist.

Es bliebe noch das spontane Urinieren. Wir haben es einmal versucht, aber ohne Erfolg. Es ist sehr schmerzhaft, leichtes Ödem oder Blutgerinnsel verhindern ein freies Ablaufen des Harnes, der Kranke preßt und veranlaßt so ein Einsickern des Harns zwischen die Wundränder. Primäre Heilung erfordert aber eine völlige Undurchlässigkeit des Kanals; ein Tropfen Urin in der Wunde kann den Erfolg — wenigstens teilweise — in Frage stellen.

Obwohl die einzeitige Operation sehr einleuchtend ist, so mißlingt sie oft. Wie bei allen plastischen Operationen ist auch hier die erste am leichtesten zu machen. Narbengewebe erschwert spätere Eingriffe und ein Mißerfolg zieht den anderen nach sich.

Gewiß kann eine solche Operation zum erstenmal gelingen, aber es ist selten der Fall. Daher empfehlen verschiedene Chirurgen ein mehrzeitiges Verfahren, z. B. Duplay: In einer oder zwei Sitzungen bildet man die neue Urethra; unterdessen harnt der Kranke weiter durch die Öffnung der Hypospadie. Erst später wird die Operation vollendet, indem man letztere Öffnung mit dem neuen Kanale verbindet. Es ist ganz gleich, wo man die Lappen nimmt, sei es am

Penis (Duplay), am Scrotum (Landerer, Rochet) oder anderswo (Nové-Josserand). Das wichtigste ist, daß kein Urin durch den neuen Kanal fließt, bevor er völlig dicht ist.

All diese Methoden haben den großen Nachteil, mehrere Operationen zu erfordern. Ist auch die Harnröhre hergestellt, so bleibt es noch immer schwierig, sie mit der Hypospadieöffnung zu verbinden. Sehr oft mißglückt es.

Und doch ist es möglich, die Hypospadie in einer Sitzung zu operieren und zu heilen. Durch eine vorhergehende Inzision am Perineum und einen kleinen Harnröhrenschnitt führt man einen elastischen Katheter (Pezzer) in die Blase ein, sorgt so für den Abfluß des Urins und kann sich nun ruhig an die Herstellung der Harnöhre am Penis machen, wobei es ohne Bedeutung ist, welche Methode man anwendet. Aber man darf keinen Dauerkatheter in die neue Harnröhre einlegen. Ungereizt durch Katheter und Urin, die reizen und infizieren, wird die Nahtstelle nach einigen Tagen fest verwachsen sein. Dann entfernt man den Katheter aus der Dammwunde und behandelt den Kranken einfach wie einen mit Urethrotomia externa, d. h. man katheterisiert ihn einige Tage mit einem mittleren Metallkatheter. Die Dammwunde heilt mit großer Schnelligkeit zu.

Wir haben dieses Verfahren mit vollem Erfolge bei einem 18jährigen Jüngling angewendet, der schon früher mehrmals ohne Erfolg operiert worden war. Durch eine kleine perineale Inzision wurde zuerst ein elastischer Katheter in die Blase gelegt, hierauf eine Harnröhre mit aus dem Penis genommenen Lappen hergestellt. Der Katheter wurde sehr gut vertragen, während der Kranke bei früheren Operationen einen starken Widerwillen gegen den Dauerkatheter in der ganzen neuen Urethra und das Katheterisieren gehabt hatte. Als am 5. Tage die Seidenfäden entfernt wurden, war Heilung per primam eingetreten. Am 8. Tage Entfernung des Katheters aus der Dammwunde. Das hierauf folgende Katheterisieren mit einem Metallkatheter mittleren Kalibers ist sehr leicht. Obgleich der Kranke einmal durch die perineale Wunde Urin abgehen ließ, so war diese doch 4 Tage nachher (am 12. Tage nach der Operation) geschlossen. Also alles in allem 12 Tage Klinik!

Wir bedauern nur, diese Methode nicht von vornherein bei unserem Kranken angewendet und ihm so mehrere Operationen erspart zu haben.

Wenn ich das Operationsverfahren warm empfehle, so geschieht dies deshalb, weil es ein sofortiges Gelingen in der Behandlung der Hypospadia penis und penoscrotalis gestattet, ohne schwere Nachteile zu haben.

Übrigens begann Thiersch seine klassische Epispadiaoperation mit der Bildung einer perinealen Urinfistel, ein Verfahren, das manche Chirurgen als unnötige Komplikation unterließen, andere als gut beibehielten. Diese Methode bei Hypospadie verwendet, kompli-

ziert nicht nur nicht die Operation, sondern vereinfacht sie, und erlaubt alles in einer Sitzung zu vollenden — ein unbestreitbarer Vorteil.

Die Operation, wie wir sie ausführen, ist weder neu noch originell, aber den Bedingungen entsprechend und nützlich; darum bin ich sicher, daß sie auch schon von anderen Chirurgen mit Erfolg ausgeführt worden ist.

12. Juni 1905.

---

1) Die Spirochaete pallida (Schaudinn).

(Sammelreferat.)

Bei den vielen Mißerfolgen und Enttäuschungen, die bis in die neueste Zeit hinein die bakteriologische Syphilisforschung erlebt hatte, war es begreiflich, daß schließlich jede neuverkündete Entdeckung auf diesem Gebiete mit wachsender Skepsis aufgenommen wurde. Trotzdem konnte die Objektivität und Zurückhaltung, mit der Schaudinn und Hoffmann im April d. J. einen vorläufigen Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten veröffentlichten, ihren Eindruck nicht verfehlen. Schaudinn fand zuerst in dem frischen ungefärbten Sekret syphilitischer Effloreszenzen äußerst zarte, schwach lichtbrechende, stark bewegliche, korkzieherförmige Gebilde, die nur als Spirochäten gedeutet werden konnten. Die Spirochäten sind Protozoen und als solche nicht mit den zur Klasse der Bakterien gehörigen Spirillen zu verwechseln, von denen sie durch mannigfache Unterschiede getrennt sind. Die Färbung der Spirochäten in den syphilitischen Krankheitsprodukten gelang nach einiger Mühe mittels der modifizierten Giemsa'schen Azur-Eosinfärbung, doch nahmen sie bei dieser wie bei allen anderen Färbungen nur sehr langsam und schlecht den Farbstoff an. Dieses Verhalten, sowie die Feinheit, Regelmäßigkeit und größere Zahl der Windungen unterscheidet die »Spirochaete pallida (Schaudinn)« von den Spirochätenformen, die schon früher von Berdal und Bataille bei Balanitis erosiva circinnosa, von Rona und von Czillag bei den verschiedensten Erkrankungen der äußeren Genitalien und auch im Smegma Gesunder nachgewiesen waren. Schaudinn und Hoffmann selbst fanden diese letztere Spirochätenart, die sie wegen ihres starken Lichtbrechungsvermögens »Spirochaete refringens« nennen, bei spitzen Kondylomen und neben der Spirochaete pallida in dem Oberflächensekret nässender syphilitischer Genitalaffektionen. In der Tiefe luetischer Papeln und Primäraffekte, sowie in dem teils durch Punktion, teils nach Exstirpation gewonnenem Safte syphilitisch erkrankter Leistendrüsen wiesen sie dagegen nur die blasse Spirochäte nach, und zwar in allen untersuchten Fällen und seither auch bei sekundären Effloreszenzen, die fern von der Genitalregion entstanden waren. Die gleichen Mikroorganismen wurden in einem Fall einen Tag vor dem Auftreten der ersten Roseola im Milzblute nachgewiesen.

Trotz aller dieser Tatsachen vermeiden es Schaudinn und Hoffmann, sich über die ätiologische Bedeutung ihrer Spirochäten auszusprechen. Daß diese wirklich eine Beziehung zur Syphilis haben, wurde noch wahrscheinlicher, als Metschnikoff mitteilte, daß er sie auch bei Affen gefunden habe, die experimentell mit Lues infiziert worden waren, und Schaudinn's und Hoffmann's Befunde am Menschen bestätigte. Da er ebenso wie die Berliner Autoren die Spirochäten bei keiner nicht syphilitischen Affektion gefunden hat, neigt er zu der Ansicht, daß sie tatsächlich als die Erreger der Syphilis und diese als eine »chronische Spirillose« anzusehen sei.

Es folgte nun der Nachweis der Spirochäten in den Organen hereditär-syphilitischer Kinder. Levaditi fand sie im Blaseninhalte des Pemphigus syphiliticus, ein anderes Mal auch in der Milz, den Lungen und besonders reichlich in der Leber. In Pemphigusblasen wurden sie ferner gesehen von Salmon und von Hoffmann und Schaudinn, während Buschke und Fischer sie in Milz und Leber und noch vor dem Tod im Blut eines hereditär-luetischen Kindes beobachteten. Von allen Seiten wurden dann die Befunde von Schaudinn und Hoffmann bestätigt, so in Hamburg von Paschen, in Berlin von Wechselmann, Pielicke, Loewenthal, Reckzeh, in Wien von R. Kraus, Paltauf, Volk, Lipschütz, Oppenheim, in Paris von Vuillemin, Levaditi, Nobécourt, Dorré. C. Fränkel in Halle fand Spirochäten bei sechs untersuchten Syphilisfällen, bei einer noch größeren Zahl Herxheimer und Hübner in Frankfurt, denen es auch gelang, zwei Spirochäten im Schnittpräparat eines Primäraffektes sichtbar zu machen.

Übereinstimmend wird von allen die Schwierigkeit der Untersuchung infolge der schlechten Färbbarkeit der Objekte betont. Diese Tatsache, die auch wir leider bestätigen müssen, wie auch die selbst bei sekundärer Lues oft anscheinend große Spärlichkeit der Spirochäten (wir haben sie in einem Falle von disseminiertem papulösem Exanthem in relativ großer Reichlichkeit und außerordentlich zahlreich in einzelnen Papeln eines hereditär luetischen Kindes, vereinzelt auch in dessen strömendem Blute gesehen) wird vorerst ihre diagnostische Verwertbarkeit sehr erschweren: Das nächste Erfordernis wäre gewiß eine Färbemethode, die in möglichst kurzer Zeit die Mikroorganismen deutlich hervortreten lassen würde. Ob die von Reitmann vorgeschlagene Methode das leistet, steht noch dahin. Ferner fehlt bisher der Nachweis von Spirochäten in den tertiären Produkten der Lues. Der absolut vollgültige Beweis ihrer spezifischen Natur würde natürlich erst durch Impfungen mit Reinkulturen zu erbringen sein. Aber in Anbetracht ihrer Protozoennatur ist die Hoffnung hierauf einstweilen gering, da es ja bisher noch nicht gelungen ist, andere schon lange bekannte Spirochäten zu kultivieren. Jedenfalls geben auch schon die bisherigen Befunde uns das Recht, die Schaudinn'sche Entdeckung als eine sehr aussichtsreiche zu bezeichnen.

F. Lewandowski (Bern).

Literatur.

1) Schaudinn und Hoffmann, Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen. Arb. aus dem kaiserl. Gesundheitsamt 1905. Bd. XXII. Hft. 2.

2) Dieselben, Über Spirochätenbefunde im Lymphdrüsensafte Syphilitischer. Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 18.

3) Dieselben, Über Spirochaeta pallida bei Syphilis und die Unterschiede dieser Form gegenüber anderen Arten dieser Gattung. Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 22 u. 23.

4) Metschnikoff et Roux, Recherches microbiologiques sur la syphilis. Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes 1905. Juni. IV. Nr. 6.

5) Levaditi, Syphilis congénitale et spirochète pâle. Soc. de biol. 1905. Mai 20; Semaine méd. 1905. Nr. 21.

6) Derselbe, Nobécourt et Dorré, Soc. de biol. 1905. Juni 17; Semaine méd. 1905. Nr. 25.

7) Salmon, Soc. de biol. 1905. Mai 20; Semaine méd. 1905. Nr. 21.

8) Buschke und Fischer, Über Vorkommen von Spirochäten in inneren Organen eines syphilitischen Kindes. Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 20 u. 21.

9) Paschen, Ärztl. Verein Hamburg 2. Mai 1905. Münchener med. Wochenschrift 1905. p. 932.

10) Berliner medizinische Gesellschaft. Sitzung vom 24. Mai 1905. Berliner klin. Wochenschrift 1905. p. 731.

11) Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung vom 26. Mai 1905. Wiener klin. Wochenschrift 1905. p. 592.

12) Vuillemin, Academie des sciences 1905. Juni 5. Semaine méd. 1905. Nr. 24.

13) C. Fraenkel, Über das Vorkommen der Spirochaete pallida bei Syphilis. Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 24.

14) Reitmann, Zur Färbung der Spirochaete pallida Schaudinn. Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 25.

15) Herxheimer und Hübner, Über Darstellungsweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochaete pallida. Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.

---

2) **Legge.** Industrial anthrax.

(Brit. med. journ. 1905. März 11 u. 18.)

In den 6 Jahren von 1899—1904 kamen 261 Fälle von Milzbrand des Menschen zur Kenntnis des Home Office in England. Nicht einbegriffen in dieser Zahl sind die Infektionen durch lebende Tiere oder deren Kadaver. Die 261 Fälle verteilen sich auf die Kammgarn- und Wollindustrie (88), die Roßhaar- und Borstenfabrikation (70), die Häute- und Fellebearbeitung (86), übrige Betriebe (17). Es endeten von 261 Fällen 67, d. h. 25,6%, tödlich. Von 248 Fällen, in denen über die Örtlichkeit der Pustel Angaben vorhanden sind, war 100mal (4,03%) Kopf und Gesicht, 103mal Hals und Nacken (41%), 31mal die obere (12%), 3mal die untere Extremität (1,2%) und 3mal der Rumpf befallen (1,2%). Die Lage der Primärinfektion wechselt je nach der Beschäftigung des Kranken und ist von großer Bedeutung für die Beurteilung der Schwere des Falles. Bei einer Vergleichung mit anderen Ländern stellt sich heraus, daß außerhalb Englands die Fälle von Milzbrandinfektion durch Tiere oder Tierkadaver an Zahl die-

jenigen durch Sporen in Wolle, Roßhaar, Häuten und Fellen weit übertreffen. Interessant ist die Angabe, daß bei der letzten Expedition nach Tibet von 3000 mitgenommenen Jaks nicht weniger als die Hälfte zugrunde ging, im wesentlichen durch Milzbrand.

Bei Besprechung der Behandlung des Milzbrandkarbunkels beim Menschen erwähnt L. kurz die bisher geübten Methode (exspektative Behandlung mit Ruhe, Hochlagerung usw.; Kauterisation mit Glüheisen, reiner Karbolsäure, Pottasche; Injektion von 5%iger Karbolsäurelösung; Exzision im Gesunden; Behandlung mit gepulverter Ipekakuanha), und kommt dann des genaueren auf die Serumtherapie nach Sclavo zu sprechen. Das Antianthraxserum ist bisher in 67 Fällen zur Anwendung gekommen, davon weitaus die meisten in Italien. Dazu kommen während der Drucklegung der Arbeit drei Fälle aus der englischen Literatur. Fast in jedem der günstig verlaufenen Fälle beginnt am 3. Tage nach der Injektion die Besserung der örtlichen und allgemeinen Symptome. Die Heilung des Karbunkels erfolgt meist schnell und mit geringer Narbenbildung.

9 von den 67 Fällen endeten tödlich: Teils waren es hoffnungslose Pat., die zu spät zur Behandlung gekommen waren, teils Alkoholiker und Luetiker. — Meist genügten als Anfangsdosis 20—30 ccm, in späteren Stadien 40 ccm. In 39 Fällen war die Anfangsdosis allein hinreichend. — Sclavo selbst stellte 1903 für Italien bereits eine Gesamtzahl von 164 mit seinem Serum Behandelter zusammen. Die Sterblichkeit dieser Fälle betrug 6%, ist also sehr günstig zu nennen im Vergleiche zu den bisher im allgemeinen anzunehmenden 24%. — L. faßt sein Urteil über das Antianthraxserum in folgenden Sätzen zusammen: es ist auch in großen Dosen ungefährlich; es wird auch intravenös gut vertragen; bei frühzeitiger Serumbehandlung ist der günstige Ausgang sicher; selbst weit vorgeschrittene, fast hoffnungslose Fälle können durch das Serum noch bisweilen gerettet werden; bei frühzeitiger Seruminjektion ist die Gewebszerstörung gering; die Genesung erfolgt meist in wenigen Tagen.

Der Rest der umfangreichen Arbeit ist gewidmet der Beschreibung der Serumgewinnung nach Sclavo, der Behandlung milzbrandkranker Haustiere mit sonstigen Antianthraxseris (Pasteur, Sobernheim) und den mannigfaltigen Theorien über die Wirkungsweise des Serums.

W. Weber (Dresden).

---

3) **A. Markus** (München). Eine neue lokale Behandlungsmethode des Furunkels und Karbunkels.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 21.)

M. sticht in die Follikelöffnung des Furunkels eine Epilationsnadel ein, die bei anschwellender Stromstärke bis zu 10 Milliampère abwechselnd als Minus- und als Pluspol auf das Gewebe einwirken gelassen wird. Die Maßnahme wird bei schon bestehender Eiterung 2mal am Tage wiederholt, wobei die Nadel in dem Entzündungsherde hin und her bewegt wird, um die vereiterten, durch die kleinen Wasser-

stoffgasexplosionen zerrissenen Gewebe an die Oberfläche zu bringen; durch die Sauerstoffentwicklung bei Anwendung des Pluspols erfolgt eine energische Desinfektion. M.'s Erfolge waren sehr gute. Bei ausgedehnten Schwellungen und phlegmonöser Entzündung dürfen rechtzeitige Einschnitte natürlich nicht unterlassen werden.

Kramer (Glogau).

---

4) **Kromayer** (Berlin). Die Heilung der Akne durch ein neues narbenloses Operationsverfahren: das Stanzen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

Da bei Eröffnung der Akneknoten mit dem Messer Narben zurückbleiben, verwendet K seit mehreren Jahren die Stanzmethode zur Heilung der Akne. Hierbei werden Zylindermesser senkrecht auf die Haut aufgesetzt und mittels einer Bohrmaschiene in rasche Rotation gebracht, wodurch aus der Haut ein kleiner Zylinder von 0,7 mm bis 1,2 mm Durchmesser je nach dem Durchmesser des schneidenden Instrumentes herausgeschnitten werden. In wenigen Minuten lassen sich hundert derartige Stanzungen ausführen; der Schmerz ist nicht größer als der des Stiches einer scharfen Nadel, die Blutung minimal, die Heilung der mit Blutkrüstchen bedeckten punktförmigen Stanzöffnungen eine sehr schnelle und erfolgt ohne Narben. Nach K.'s Erfahrungen bildet die Methode ein sicheres und bequemes Mittel, um 1) das Entstehen von Finnen an prädisponierten Follikeln zu verhindern, 2) die im ersten Beginn der Entwicklung begriffenen abortiv zu beseitigen und 3) ausgebildete schnell zu heilen. Selbstverständlich sind außerdem noch etwaige Magenkatarrhe und andere die Grundlage der Krankheit bildende Leiden sorgfältig zu behandeln.

Kramer (Glogau).

---

5) **Grillo la Rocca.** Traitement du lupus vulgaire par les injections intra-dermiques de solution forte de sublimé.

(Bull. méd. 1905. Nr. 27.)

G. hatte in zwei Fällen von Lupus vulgaris des Gesichtes vorzüglichen Erfolg durch folgende Methode: Sublimatlösungen in zunehmender Konzentration bis zu 1 : 100 wurden intrakutan zunächst in die gesunde Haut in der Umgebung der Lupusstelle ringsumher eingespritzt, sodann auch in die Haut der Lupusstelle selbst an verschiedenen Punkten. Jedesmal wurden nur einige Tropfen injiziert, um jede stärkere Aufblähung der Haut mit nachfolgender Eiterung oder Nekrose zu vermeiden. Es wurden nur frisch hergestellte Lösungen verwendet. Nach vollkommener Infiltration der Lupusstellen in ihrer ganzen Ausdehnung begann sie rasch abzublassen, die Lupusknötchen verschwanden, die Ulzerationen vernarbten mit weichen und glatten Narben.

Mohr (Bielefeld).

---

6) **H. G. Adamson.** On the treatment of ring worm of the scalp by means of the X-rays.

(Lancet 1905. Juni 24.)

Verf. beschreibt eingehend sein Verfahren, den Herpes tonsurans der Kopfhaut mit Röntgenstrahlen zu behandeln. Die Behandlung geschieht in einer Sitzung, die Strahlungsintensität mißt Verf. genau mit Hilfe der radiometrischen Pastillen von Sabouraud. Die Anwendung derselben fand er außerordentlich einfach und exakt. Das Ausfallen der Haare und damit das Verschwinden der Krankheit begann 14 Tage nach der Sitzung; 6 Wochen nach vollendetem Defluvium beginnt das Wachstum neuer Haare, und zwar in allen Fällen.

Die Arbeit gibt eine Fülle praktischer therapeutischer Winke für das Röntgenheilverfahren dieser Krankheit.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

7) **Siter** and **Uhle.** The use of iodide of silver in urethritis.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1905. Mai.)

Die Verf. erzielten in etwa 100 Fällen von Gonorrhöe gute Erfolge mit 5—10 %igen Lösungen von Silberjodid, bezw. Suspensionen des unlöslichen Salzes in Quittensamenschleimabkochungen. Diese reizen weniger und können daher in stärkeren Dosen verwendet werden als Silbernitrat. Die Behandlung kann sofort begonnen werden; die Schmerzen beim Urinieren lassen binnen 24 Stunden nach, der Ausfluß verschwindet binnen einer Woche. **Mohr** (Bilefeld).

8) **Chetwood.** Prostatism without enlargement of the prostate.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

Als Prostatismus bezeichnet C. einen Zustand, in welchem Urindrang und Schwierigkeit zu urinieren, Retention sowie Schmerzen während und nach diesem Akte bestehen. Diese Krankheit wird nicht immer durch eine Vergrößerung der Prostata hervorgerufen, sondern auch durch eine Kontraktion des Blasenhalses, welche in einer fibrösen Stenose des Orificium vesicale besteht. Diese stellt nicht etwa einen Krampf oder eine Schleimhautfalte dar, ist vielmehr die Folge einer entzündlichen Induration. Die Diagnose auf diesen Zustand ist zu stellen, wenn bei den oben genannten Beschwerden eine normal lange Harnröhre, eine nicht vergrößerte Prostata besteht und Anzeichen einer Rückenmarkserkrankung fehlen. Man muß an die Krankheit denken, wenn man bei der perinealen Freilegung und Öffnung der Harnröhre mit dem Finger nicht in die Blase kommt. Die Therapie besteht in der galvanisch ausgeführten Prostatotomie, zu welcher Verf. ein eigens von ihm konstruiertes Instrument angibt.

Herhold (Altona).

9) **Cunningham.** A study of various forms of prostatic hypertrophie from post mortem specimens and by the cystoscop with reference to operation.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

C. weist darauf hin, daß bei der chirurgischen Behandlung der Prostata noch keine Einigkeit vorhanden ist, und daß von den einzelnen Chirurgen noch verschiedene Operationsverfahren angewandt werden. Der Grund hierfür liegt nach ihm in der Verschiedenheit des Sitzes der Vergrößerung der Drüse. Er hält daher vor jeder Operation eine genaue cystoskopische Untersuchung für notwendig, durch welche der Sitz der Vergrößerung der Prostata und die Beschaffenheit der inneren Blasenöffnung festgestellt wird. Diese cystoskopische Untersuchung soll verbunden werden mit kombinierter Betastung der Prostata, wobei das Cystoskop in der Blase und dicht auf der Prostata und der entgegendrückende Finger im Mastdarm sich befindet. Um die hintere Blasenöffnung und die Prostata zu sehen, ist es notwenig, daß das Cystoskop einen rechtwinklig angesetzten Schnabel besitzt. Die verschiedenen Bilder bei verschiedenartiger Vergrößerung der Prostata sind abgebildet und werden erläutert. Auch die Art des Durchganges des Instrumentes durch die prostatische Harnröhre kann die Art der Vergrößerung der Drüse erkennen lassen.

Herhold (Altona).

---

10) **Wiener.** Suprapubic prostatectomie without ether or chloroform.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

Es ist ein nicht zu niedrig anzuschlagendes Verdienst der amerikanischen Chirurgen, daß sie andauernd bestrebt sind, die Technik der Prostatektomie möglichst zu vervollkommnen. So schlägt W. vor, die suprapubische Ausschälung nur unter Anwendung von Lachgas (nitrous oxid) auszuführen, da hierdurch die Gefahr von Chok, Sepsis und Blutungen erheblich gemindert wird. Von zehn auf diese Weise operierten älteren Leuten verlor er keinen, das funktionelle Resultat war ebenfalls ein sehr gutes. Er glaubt, daß durch Übung die suprapubische Prostatektomie in recht kurzer Zeit zu vollenden sei; er brauchte dazu in seinen letzten Fällen nur 5 Minuten, während er früher stets 19 Minuten lang operierte. Aus diesen Gründen sei bei alten Leuten der eben genannten Operation der Vorzug zu geben, während bei jüngeren und kräftigeren Pat. der perineale Weg gewählt werden könne. Den vorherigen Gebrauch des Cystoskops, um festzustellen, welcher Lappen der Drüse vergrößert sei, hält er nicht nur nicht für überflüssig, sondern wegen der Gefahr, einen akuten Blasenkatarrh zu erzeugen, für gefährlich. Nach Möglichkeit vermeidet er auch jedes Katheterisieren vor der Operation aus demselben Grunde. (? Ref.) Die zehn operierten Fälle werden näher beschrieben.

Herhold (Altona).



11) **Lilienthal.** The treatment of prostatic hypertrophie by enucleation trough a suprapubic incision.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

L. zieht die suprapubische Prostatektomie allen anderen Methoden vor; er berichtet über 31 Fälle, von welchen er selbst 20 und sein Assistent 11 operierte. Es starb nur ein Pat., der bereits vor der Operation an urämischen Anfällen gelitten hatte. Bei den übrigen funktionierte die Blase tadellos bis auf zwei, in denen eine Parese des Sphinkters resp. ein geringer Residualharn bestanden; aber auch diese beiden Pat. fühlten sich viel wohler als vor der Operation. Verf. führt die Operation in der üblichen Weise aus, er hält eine Verletzung der Urethra prostatica bei der Eukleation der Prostata für durchaus vermeidbar. Die Wundhöhle, welche an der Stelle der Prostata entsteht, tamponiert er 48 Stunden mit Gaze, dann wird ein Rohr in die Blase durch die nur kleine Blasenwunde eingeführt und 14 Tage lang permanent irrigiert, wozu ein siphonartiger Apparat gebraucht wird. Nach 2 Wochen wird das Rohr entfernt; die Blasenwunde schließt sich dann schnell. Vor der Operation wird durch zweitägige Behandlung mit Salol und dreistündliches Katheterisieren die Cystitis behandelt. Sind die Pat. sehr herunter gekommen, so kann zweizeitig operiert werden, indem vor der Prostatektomie die Cystotomie ausgeführt wird. Daselbe gilt bei etwaiger Urämie und Sepsis.

Herhold (Altona).

---

12) **Young.** Conservative perineal prostatectomie.

(Annals of surgery 1905.)

Verf. beschreibt die von ihm geübte Methode der perinealen Prostatektomie, welche in kurzen Zügen folgendermaßen ausgeführt wird: 1) $\wedge$-förmiger Schnitt durch Haut, Fett und Fascien, dann stumpfes Vordringen bis zur Drüse; nur die in der Mittellinie liegenden Gewebe (Muskelsehnen) werden scharf durchtrennt. 2) Eröffnung der Pars membranacea und Einführung seines Retraktors durch diese Öffnung in die Harnblase, Öffnen des Retraktors und Herunterdrängen der Prostata in die Wunde. 3) $1^1/_2$ cm tiefe, seitliche Schnitte durch die Kapsel der Drüse, Abpräparieren der Kapsel seitlich mit stumpfer Schere, median mit dem Finger und Herausholen der Seitenlappen. Ist noch ein mittlerer Lappen vorhanden, so kann derselbe mittels Retraktor oder Finger in die so entstandenen Seitenhöhlen gedrängt und exstirpiert werden. Zuweilen ist es allerdings nötig, zur Exstirpation des mittleren Lappens die Mitte der Kapsel oder gar die des Bodens der prostatischen Harnröhre zu spalten. Dann resultiert aber eine Verletzung der Ductus ejaculatorii und ein Hineinragen der durchschnittenen Vasa deferentia in die Wunde, was unter Umständen eine Epididymitis zur Folge haben kann. Die Nachbehandlung besteht in der Einführung eines Doppeldrain (zwei Katheter) in die Harnblase und in permanenter Irrigation derselben; die Seitenhöhlen der Prostata-

kapsel werden mit Gaze ausgestopft. Nachdem revidiert ist, ob der Mastdarm nicht verletzt wurde, werden die Mm. levatores an den Mastdarm durch Nähte herangezogen.

Von 75 in dieser Weise operierten Pat. verlor Y. nur 4, die jedoch auch erst einige Wochen nach der Operation starben. Residualharn war nur bei zwei Pat. vorhanden; vorübergehende Incontinentia urinae kam vor, doch war dieselbe nicht dauernd. Die sexuelle Potenz wurde bei recht vielen erhalten. Y. gibt der perinealen Prostatektomie vor allen anderen Behandlungsmethoden den Vorzug.

Herhold (Altona).

---

13) **Pilcher.** The choice of operativ method for the removal of the hyertrophied prostate.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

Nach P. hat man bei Ausführung der Prostatektomie noch auf 5—10% Todesfälle zu rechnen, in 60% der Fälle ist nach den Statistiken freier Weg für den Urin erzielt. Die Nachteile der Operation können bestehen 1) in nach derselben eingetretener Impotenz, welche namentlich nach Entfernung des mittleren Lappens eintritt. Vermeiden läßt sie sich dadurch, daß man in schwierigen Fällen nur partielle Resektionen der Drüse vornimmt, welche eben zum freien Abfluß des Urins genügen. 2) Incontinentia urinae ist nicht häufig dauernd, und in den sehr wenigen Fällen, in welchen sie bestehen bleibt, fühlen sich die Operierten doch wohler als vor der Operation. 3) Orchitis und Epididymitis infolge Infektion der Wunde. 4) Fisteln: die suprapubischen und perinealen Urinfisteln treten nur dann ein, wenn Verengerungen im vorderen Teile der Harnröhre bestehen und nicht beseitigt werden; recto-urethrale Fisteln werden durch Verletzung des Mastdarmes hervorgerufen, lassen sich im allgemeinen aber vermeiden; nur bei in der Umgebung des Mastdarmes voraufgegangenen entzündlichen Prozessen kann es auch dem besten Operateur begegnen, daß er den Mastdarm verletzt. Die Fisteln werden durch eine plastische Operation beseitigt. 5) Stikturen am Blasenhalse treten nur ein, wenn die ganze Pars prostatica urethrae entfernt wurde. Was die Indikation zur Operation betrifft, so soll ein Katheterleben nur zugelassen werden, wenn die Pat. die Operation verweigern oder wenn sie durch fortgeschrittene Nierenerkrankung oder andere Umstände zu sehr geschwächt sind. Voraussetzung ist hierbei jedoch, daß das Katheterisieren gut möglich ist. Was die Operation selbst anbetrifft, so hält P. die perineale Methode für die beste, bei welcher die Prostata freigelegt und unter dem Auge des Operateurs ganz oder teilweise entfernt wird. Er bedient sich der Methode von Young, über welche vorstehend in diesem Blatte berichtet wurde. Eine Vorbehandlung der Blase hält er für unbedingt, eine vorherige Cystoskopie nur in gewissen Fällen für nötig. Als Anästhetikum kann alles, nur kein Äther benutzt werden. Von 23 Fällen, die P. operierte, starben 2, Inkontinenz bestand bei zweien, Orchitis und Epididymitis kam 6mal vor.

Herhold (Altona).

---

14) **Ruggles.** The cause of incontinence as a sequel of prostatectomy.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

R. glaubt nicht, daß die nach Prostatektomien eingetretene Inkontinenz durch Abreißen des Blasenhalses oder der prostatischen Harnröhre, sondern durch eine Schädigung des Sphincter externus vesicae bedingt werde. Dieser liegt in dem Raume zwischen den beiden Lagen des Lig. triangulare. Sobald sich in der Blase 3—4 Unzen Urin angesammelt haben, so erschlafft der schwache Musc. vesicae intern. und läßt den Urin in den hinteren Teil der Harnröhre treten; erst der starke externe Blasenmuskel veranlaßt das Austreten des Urins durch den vorderen Teil der Harnröhre; daher muß auch die Inkontinenz durch eine Läsion dieses äußeren Muskels bedingt sein. Diese kann eintreten durch die Manipulationen an der Prostata selbst, in deren nächster Nähe der den Sphinct. extern. versorgende Nerv verläuft, oder durch Zerrungen der Urethra membranacea, welche sich naturgemäß auf die Urethra posterior fortsetzen. Verf. schlägt vor, den Schnitt in die Urethra membranac. dicht an die Prostata und genau in die Mitte zu legen, ferner alles Ziehen und Zerren an der membranacischen Harnröhre zu vermeiden. **Herhold** (Altona).

---

15) **H. A. Kelly.** Tuberculosis of the kidney.

(Lancet 1905. Juni 17.)

Verf., der bekannte Gynäkologe der John Hopkins Universität, gibt eine kurze, übersichtliche Darstellung seiner Beobachtungen von Nierentuberkulose in bezug auf Diagnose, Klinik und Prognose. Bei der Diagnostik ist zu bemerken, daß Verf. bei seinen Fällen, alle natürlich weiblichen Geschlechts, sich ausschließlich der von ihm angegebenen Methode der direkten Cystoskopie bedient und sehr zufrieden damit ist. Was die Behandlung angeht, so ist die totale Entfernung der kranken Niere allein Erfolg versprechend. Partielle Resektionen führen nur ausnahmsweise zu günstigen Resultaten. In sehr kachektischen Fällen ist oft als Voroperation eine Spaltung der Niere und Eröffnung der Abszesse von großem Werte. In alten suppurativen Fällen empfiehlt Verf. die intrakapsuläre Enukleation, die sehr zweckmäßig mit einem in die Nierensubstanz eingebohrten Finger stückweise von innen nach außen vorgenommen werden kann. Zu beachten ist, daß im Harnleiter oft nur eine Ureteritis und Periureteritis simplex besteht; ein erweiterter und stellenweise strikturieter Harnleiter spricht für Tuberkulose, nur ein solcher ist folglich zu exstirpieren. Auch in verzweifelten Fällen hatte Verf. noch günstige Erfolge; er operiert noch, wenn die Krankheit Niere und Harnleiter einer Seite und Blase betrifft; dabei darf event. noch eine Pyelitis simplex der anderen Seite vorhanden sein, ohne die Prognose absolut ungünstig zu machen. K. geht dann so vor: 1) Drainage der schwer erkrankten Blase durch

eine angelegte Fistel; 2) Exstirpation der Niere und des Harnleiters; 3) prolongierte Bäder täglich; 4) Schluß der Fistel; 5) Ätzung hartnäckig erkrankter Blasenpartien mit Höllenstein (direkte Cystoskopie); 6) Dehnungs- und Irrigationsbehandlung der Blase; 7) Exzision etwaiger noch vorhandener Krankheitsreste.

Verf. berichtet eine derartige, vollendeten Erfolg beweisende Krankheitsgeschichte. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

Kleinere Mitteilungen.

16) Vierter Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. 25. April 1905.

Vorsitzender: An Stelle des erkrankten v. Mikulicz-Radecki Heusner-Barmen.

Referent: Drehmann-Breslau.

(Schluß.)

13) Froelich (Nancy): Abnorme Formen von Blutergelenk.

F. beschreibt zwei Formen von Blutergelenken, die von dem allbekannten Leiden, das gewöhnlich am Knie bei Kindern sich zeigt, und wie eine tuberkulöse Arthritis entwickelt, ganz erheblich abweichen. Diese Form ist durch Prof. Dr. König zuerst beschrieben worden.

Die erste Form spielt sich am Hüftgelenk ab und hat den Anschein einer Osteomyelitis acuta: hohes Fieber, große Schmerzhaftigkeit, Anschwellung der Gelenkgegend sind genau dieselben. Nur ist die Geschwulst, statt rot gefärbt, von blassem Ansehen. Nach 10 Tagen ungefähr schwinden diese stürmischen Symptome, und es tritt völlige Heilung ein. Dieser osteomyelitisähnliche Anfall bei einem Bluter muß jedem Chirurgen bekannt sein, denn die Therapie ist eine rein exspektative, da spontane Heilung stets in kurzer Zeit eintritt. Ein operativer Eingriff kann den Tod durch Blutung herbeiführen wie bei einem der Kranken, den F. zitiert.

Die zweite Form, die F. beschreibt und die er Arthritis haemophilica tardiva nennt, zeigt sich bei Pat., die in ihrer Jugend gar keine Merkmale von Hämophilie getragen haben oder nur geringe Blutersymptome aufwiesen.

Bei diesen Kranken, sämtlich Männer, zeigt sich im 17. oder 23. Jahre ein Knieleiden, das einen Tumor albus, ossärer Form, vortäuscht. Wenn man nach Jahren reseziert, so findet man ein reines Blutergelenk ohne jegliche tuberkulöse Erkrankung; auch sind die Folgen der Operation keine schlimmen.

Tuberkulininjektion bleibt bei diesen Pat. reaktionslos. (Selbstbericht.)

14) v. Aberle (Wien): Subkutane Osteotomie.

Vortr. berichtet über eine neue, der subkutanen Tenotomie analoge Knochentrennungsmethode. Das allgemein anwendbare Verfahren wird mit einem einfachen, nur 1 cm breiten Meißel vorgenommen, der wie ein Trokar eingestoßen wird. Die nur teilweise Durchmeißelung erfolgt ausschließlich in der Zirkumferenz des Knochens. Der Rest desselben bleibt der Osteoklasis vorbehalten. Das Verfahren zeichnet sich durch die absolute Gefahrlosigkeit und Einfachheit der Ausführung aus. (Selbstbericht.)

15) Robinson und Werndorff (Wien): Eine neue Methode in der Diagnostik der Gelenkerkrankungen.

Fußend auf den Versuchen Prof. Gärtner's in Wien, welcher nachgewiesen hat, daß in die Blutbahn unter bestimmten Bedingungen eingeführter Sauerstoff nicht nur schadlos vertragen werden, sondern sogar die Lungenatmung vertreten und bei gewissen Krankheiten lebensrettend wirken kann, haben die Vortr. Sauerstoff

in die Gelenke und Weichteile eingeblasen, um auf dem hellen Bilde dieses eingeblasenen Gases am Röntgenschirm die sonst in der Röntgenphotographie nicht darstellbaren Knorpel, Bänder und Kapseln der Gelenke, sowie andere Weichteilgebilde sichtbar zu machen. Die Vortr. beweisen an der Hand der demonstrierten Bilder die Wichtigkeit dieser Methode für die medizinische Diagnostik.

Im Gange der Untersuchungen haben die Vortr. zunächst den Wert dieser rönchologischen Differenzierungsmethode durch Leichenversuche erhärtet und sich überzeugt, daß der Voraussetzung gemäß sonst rönchologisch nicht nachweisbare Weichteilgebilde (Knorpel, Bänder, Kapsel, Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Abszeßhöhlen) zur Darstellung gebracht werden können. Die Übertragung dieser Methode auf den Lebenden unter den von Gärtner aufgestellten Kautelen führte in normalen und pathologischen Fällen zu Resultaten, welche einen wesentlichen Fortschritt in der chirurgisch-rönchologischen Diagnostik bedeuten. Die Vortr. demonstrieren u. a. Insufflationsbilder von chronischen Arthritiden mit und ohne Skelettveränderungen, Synovialtuberkulosen, angeborenen Hüftgelenksluxationen usw.

Zum Schluß betonen die Vortr. die Wichtigkeit der Wahl chemisch reinen Sauerstoffs und Einhaltung aller von Gärtner angegebenen Vorsichtsmaßregeln und warnen auf das eindringlichste vor einer Vereinfachung der Methode durch Injektion von Luft statt des Sauerstoffes, da man in jedem Falle mit der Möglichkeit einer Gasembolie rechnen muß, die bei der Wahl von Sauerstoff unter bestimmtem Druck und bestimmter Menge nachgewiesenermaßen ungefährlich ist.

(Selbstbericht.)

16) Drehmann (Breslau): Deformitäten nach Gelenkentzündungen im frühesten Säuglingsalter.

D. berichtet über drei weitere Fälle von Deformitäten, welche sich im Anschluß an eine Gelenkentzündung in den ersten Lebenstagen entwickelt haben. Die Deformitäten waren von angeborenen kaum zu unterscheiden; in zwei Fällen handelte es sich um Hüftluxationen, im dritten um ein Genu varum und willkürliche Luxation im Schultergelenk mit Verkürzung des Oberarmes. Die genannten Gelenkentzündungen sind gonorrhoischer Natur, ein Fall war mit einer Augeneiterung der Neugeborenen kompliziert. (Selbstbericht.)

17) Spitzy (Graz): Weitere Erfahrungen über Nervenplastik.

Redner referiert über seine an einer großen Reihe von Tierversuchen erprobten Nervenpfropfungen, die er auch in einer größeren Anzahl mit sehr ermutigenden Resultaten bei Lähmungen einzelner Muskelgruppen auch beim Menschen vorgenommen, so besonders günstig bei einer Peroneuslähmung. Demonstration der Operationsskizzen und Krankengeschichten, sowie der Mikrophotogramme der Implantationsstellen der Tierversuche. (Selbstbericht.)

18) Perthes (Leipzig): Zur Pathologie und Therapie der angeborenen Knieluxation.

Vorstellung zweier Geschwister mit doppelseitiger Knieluxation, von welcher das eine mit blutiger Reposition behandelt wurde. Bei beiden besteht eine abnorme Kapselerschlaffung aller Gelenke. (Drehmann).

Diskussion. Reiner (Wien): Abnorme Kapselschlaffheit aller Gelenke sei eine häufige, den Kinderärzten wohlbekannte Erscheinung; sie ist in Verbindung mit kongenitalen Luxationen schon einigemal beobachtet worden (Wolff, Friedländer), dürfte jedoch mit kongenitalen Luxationen nicht in enger ätiologischer Beziehung stehen. Doch ist die Kombination von kongenitaler Hüftverrenkung mit kongenitaler Kniekontraktur sehr häufig. Es handelt sich bei dieser letzteren einerseits um Hyperextensions-, andererseits um Hyperflexionskontraktur. Das häufige familiäre Vorkommen der kongenitalen Luxation werde fälschlicherweise oft als hereditäres bezeichnet. (Selbstbericht.)

19) Gocht (Halle a. S.): Demonstration eines portativen Apparates zur Streckung von Kniegelenkskontrakturen.

20) Gocht (Halle a. S.): Anatomische Untersuchungen aus dem Bereiche des kongenital verrenkten Hüftgelenkes.

G. berichtet über Veränderungen an Bändern und Muskeln und macht auf eine öfter vorkommende Abnormität des M. pyriformis aufmerksam, die zur Erklärung der ab und zu vorkommenden Ischiadicuslähmung bei der unblutigen Einrenkung herangezogen werden kann. (Drehmann).

21) Bade (Hannover): Zur Verbandstechnik bei der angeborenen Hüftverrenkung.

B. verfährt nach folgenden Grundsätzen:

1) Zeigt das Röntgenbild, daß der Kopf konzentrisch in der Pfanne steht, daß kein schlechter oberer Pfannenrand vorhanden ist, so bleibt der Verband nur 3 bis 4 Monate liegen.

2) Steht der Kopf nur unter dem oberen Pfannenrande, nicht genau vis-à-vis dem Y-förmigen Knorpel, so wird kein definitiver Verband angelegt, sondern erneut reponiert.

3) Steht der Kopf genau dem Y-förmigen Knorpel gegenüber, aber nicht in innigem Kontakte mit ihm, so wird ein sogenannter Pressionsgipsverband angelegt, d. h. die Bindenzüge werden so geführt, daß der Zug der Binden den Kopf in die Pfanne preßt.

4) Bei der doppelseitigen Luxation muß die Bindenführung dann niemals von einer Seite sofort zur anderen gehen, weil dann durch den Zug der Binde an der einen Seite der Kopf nach dem hinteren Pfannenrande gedrückt wird und an der einen Seite Reluxation entstehen kann, während an der anderen Seite der Kopf richtig nach vorn gedrängt wird.

5) Ist der Kopf zwar konzentrisch in der Pfanne, aber nach dem Röntgenbilde der Kontakt zwischen Kopf und Pfanne kein inniger, so kommt man mit kurzer Fixation nicht aus. Man muß dann

6) beim Verbandwechsel sehr vorsichtig sein. Das Herausnehmen der Kinder aus dem ersten Verbande muß so geschehen, daß das Kind Extremität und Becken nicht bewegen kann. Dies erreicht B. durch Fixierung mit Sandsäcken. Die Stellungsänderung muß sehr vorsichtig bewerkstelligt werden und darf nicht weiter getrieben werden als bis das Kind durch Anspannung seiner Muskel reagiert. Jede Narkose muß beim Verbandwechsel vermieden werden. Die von Vogel beim Verbandwechsel empfohlene Extension ist kontraindiziert. Durch jedes Ziehen an der Extremität vermindert man den innigen Kontakt zwischen Kopf und Pfanne.

7) B. glaubt, daß er nur diesem vorsichtigen Vorgehen es zu verdanken hat, daß er in 24 im letzten Jahre reponierten Fällen — darunter eine 11- und 12jährige doppelseitige — bis zum Abschluß der Behandlung nie eine Reluxation erlebte, sondern immer konzentrische Einstellung des Kopfes in die Pfanne erreichte. (Selbstbericht.)

Diskussion. Hoeftmann (Königsberg i. Pr.) legt der Modifikation wenig Bedeutung bei.

22) E. Meyer (Köln a. Rh.): Schiebeapparat zu orthopädischen Zwecken.

M. demonstriert einen orthopädischen Übungsapparat, bei dem Holzschlitten, welche sich auf Führungsleisten leicht auf- und abbewegen lassen, anstelle von Pendelapparaten benutzt werden. Die verschiedenen Übungen, welche sich an dem Apparate vornehmen lassen, sind Abduktions-, Pronations- und Supinationsbewegungen im Fußgelenke, ferner Redressionsübungen gegen Spitz- und Hackenfuß. Außerdem kann man redressierende Bewegungen gegen Kontrakturen und Verkürzungen einer Extremität vornehmen lassen. Endlich kann der Apparat, der auch ein fein nuanciertes manuelles Arbeiten des Arztes gestattet, zu gymnastischen Zwecken im Gebiete der unteren Extremität benutzt werden. (Selbstbericht.)

23) K. Cramer (Köln a. Rh.): Gipsverbandbehandlung bei Ischias.

Ehret hat nachgewiesen, daß der N. cruralis und N. ischiadicus bei leichter Flexion, Außenrotation und Abduktion des Oberschenkels und Flexion des Unter-

schenkels von Zug und Druck entlastet sind. Er wandte bei 14 Fällen Wasserglasverbände in dieser »Selbsthilfestellung« an, um die kompensatorischen Verbiegungen der Wirbelsäule zu vermeiden. Ich habe diese Methode angewandt zur Heilung von Ischias in neun Fällen. Fünf waren schon wochen- oder monatelang in anderen Krankenhäusern ohne Erfolg behandelt worden. Ein Fall wurde nicht geheilt, weil er zu früh (nach 3 Wochen) aus dem Verbande genommen wurde, den ich immer 4 Wochen liegen ließ. Diese Fixierung des Beines in Selbsthilfestellung wird durch die pathologische Anatomie begründet. Letzteres eignet sich nicht zu einem kurzen Referate. Nachbehandlung mit Massage und Medikomechanik. (Selbstbericht.)

24) J. Koch (Hagen): Zur Technik der Quadricepsplastik.

Auf Grund praktischer Erfahrungen und histologischer Untersuchungen über die pathologische Anatomie der durch die spinale Kinderlähmung degenerierten Muskeln habe ich in einer Arbeit in der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIII, »Beiträge zur Sehnenplastik«, den Satz formuliert:

»daß jeder degenerierte Muskel mit noch vorhandener Muskelsubstanz seine Funktion wieder aufnehmen kann, sofern er unter Bedingungen gesetzt wird, die ihm gestatten, sich wieder aktiv zu kontrahieren. Jedoch wird die Kraft seiner Kontraktion sehr verschieden sein; sie ist abhängig von der Zahl der übriggebliebenen Muskelfasern und -Reste, sowie der Menge der neugebildeten, oder mit anderen Worten: »Jeder spinal degenerierte Muskel ist noch funktionsfähig, in dem noch Muskelsubstanz genügend vorhanden.«

Die Bedingungen aber, die erfüllt sein wollen, um die in den degenerierten Muskeln gewissermaßen schlummernde Kraft wieder zu neuem Leben zu erwecken, sind einmal das Vorhandensein einer genügenden Menge kontraktiler Substanz und zweitens die Wiederherstellung der elastischen Spannung, bekanntlich ein Moment, daß für die Wirkung des Muskels von der größten Bedeutung ist. Eine vielfältige Erfahrung bei unseren Sehnenplastiken hat uns gelehrt, daß häufig Muskeln eine befriedigende Funktionsfähigkeit wieder erlangen, deren Sehnen wir durch eine Verkürzung den nötigen Grad der Spannung gegeben haben.

Diese Erwägungen leiteten mich, bei den Operationen zur Herstellung eines künstlichen Quadriceps in erster Linie eine Verkürzung der Quadricepssehne selbst vorzunehmen und auf die unter starke Spannung versetzte Sehne die geeigneten Muskeln zu transplantieren. Ich habe stets einen guten Erfolg erzielt.

Bei den auf diese Weise operierten Fällen kann man aber nicht sagen, wieviel des guten Erfolges auf Rechnung des verkürzten Quadriceps, wieviel auf Rechnung der transplantierten Muskeln kommt; ich habe deshalb in einem Falle mit vollem Erfolge nur den Musc. quadriceps verkürzt, ohne einen anderen Muskel zu transplantieren.

Damit ist bewiesen, wie wichtig

1) bei jeder Quadricepsplastik die Verkürzung dieses Muskels zur Erzielung eines guten Resultates ist und

2) daß der Satz, daß ein durch die Kinderlähmung degenerierter Muskel mit noch vorhandener Muskelsubstanz seine Funktion wieder aufnehmen kann, wenn er die normale Spannung wieder erhält, zu Recht besteht. (Selbstbericht.)

25) Franke (Braunschweig): Zur Behandlung des kongenitalen Fibuladefektes.

Korrektur der falschen Stellung des Fußes und zugleich der Verkürzung durch Arthrodese in Spitzfußstellung.

26) Müller (Stuttgart): Operative Behandlung des Plattfußes.

Vorstellung geheilter, nach seinem bekannten Verfahren operierter Fälle.

27) Gocht (Halle a. S.): Sehnenoperation beim Pes valgo-planus.

Diskussion. Hoffa warnt vor komplizierten Sehnenoperationen, da ein Mißlingen eine bedeutende Verschlimmerung bringt.

28) Schultze (Duisburg): Zur Behandlung des Klumpfußes.

Demonstration eines verbesserten Redressionsapparates.

29) Wullstein (Halle a. S.): Demonstration zahlreicher Projektionsbilder zur pathologischen Anatomie der Spondylitis aus dem Artikel des Vortr. über Spondylitis, welcher im Handbuche der orthopädischen Chirurgie von Joachimsthal erscheinen wird. (Drehmann).

30) Ludloff (Breslau) demonstriert an zahlreichen Knochenpräparaten und einigen Zeichnungen des Kreuzbeines zwei sowohl für die Orthopädie wie für die Unfallschirurgie wichtige anatomische Tatsachen.

1) Die Stellung und Gestalt der beiden Gelenkfortsätze des Kreuzbeines sind individuell sehr verschieden. Die Gelenkflächen stehen bald mehr frontal, bald mehr sagittal, rechts und links fast immer verschieden. Dasselbe gilt — allerdings in nicht so hohem Grade — von den Gelenkfortsätzen und ihren Gelenkflächen der Lendenwirbelsäule. Dadurch ist bei einzelnen Individuen eine mehr oder weniger ausgiebige Beweglichkeit in der Lendenwirbelsäule und ihrer Verbindung mit dem Kreuzbeine bedingt. Diese individuell verschiedene Bewegungsmöglichkeit ist neben der mehr massigen oder grazilen Gestalt der Gelenkfortsätze von Bedeutung für die Verletzungen an dieser Stelle. Bei gewaltsamen Überbeugungen und Überstreckungen der Wirbelsäule werden diese Gelenkfortsätze des Kreuzbeines abgebrochen, der 5. Lendenwirbel verschiebt sich auf dem Promontorium, und durch diese Verschiebung und die Callusbildung wird das Foramen intervertebrale zwischen Kreuzbein und 5. Lendenwirbel verlegt oder verengt und führt oft zu nervösen Störungen. Ein Knochenpräparat zeigt deutlich diese typische Verletzung.

2) Der 1. Kreuzbeinbogen ist ebenfalls individuell sehr verschieden gestaltet; bald ist er ähnlich entwickelt wie der 5. Lendenwirbelbogen, bald fehlt er fast ganz und es besteht an seiner Stelle eine große Lücke, bald lassen die beiden Bogenhälften einen großen Spalt in der Mitte frei. Die beiden nicht vereinigten Bogenhälften stehen rechts und links verschieden. Diese Stelle des 1. Kreuzbeinbogens ist unter diesen Verhältnissen ein Locus minoris resistentiae. Wenn hier durch Fall oder Stoß einer Maschine ein solcher Bogenstummel infrangiert wird, so kann dieses Fragment oder der sich entwickelnde Callus auf die an dieser Stelle im Kreuzbeinkanal ventral davor vorbeiziehenden Nervenstämme durch Druck nervöse Störungen herbeiführen. Für die Röntgendiagnostik ist die Kenntnis dieser sehr häufigen Abnormitäten wichtig, weil durch die rudimentär entwickelten Bogenhälften Bruchstücke vorgetäuscht werden können. (Selbstbericht.)

31) H. Legal (Breslau): Einfacher Lagerungsapparat zur Behandlung von Gelenkerkrankungen und Frakturen der unteren Extremität.

L. demonstriert drei Exemplare eines aus Bandeisen gefertigten Lagerungsapparates, welcher die untere Extremität in Extensionsstellung fixieren soll. Der erste Apparat dient zur Lagerung der Oberschenkelfrakturen kleiner Kinder und ermöglicht so den Transport derselben zur Poliklinik zum Zweck der Kontrolle oder der Massage bei schlechter Callusbildung.

Ist bei Koxitis ein operativer Eingriff nötig geworden, so wird das Kind auf einen Apparat gelagert, bei welchem durch Verstrebung von der anderen Seite her die Stelle der Wunde frei zugänglich ist, während die Extension in der gewünschten Stellung des Oberschenkels zum Becken genau beibehalten wird. Zur Verhinderung einer durch die Schwere event. eintretenden Beugestellung des Oberschenkels im Hüftgelenke dient ein mit einer kleinen Platte versehener Hebel, welcher beim Verbandwechsel zurückgeschlagen wird.

Zur Lagerung für Erwachsene ist der Apparat so eingerichtet, daß der Pat. sich mittels zweier Flaschenzüge an dem über dem Bett stehenden Galgen zur Anlegung des Verbandes oder zur Defäkation so weit hochziehen kann, daß er ohne Änderung der Stellung des Beines zum Becken frei schwebt. Der Arzt ist somit imstande, ohne jede Hilfe den Verband zu wechseln. (Selbstbericht.)

32) H. Legal (Breslau): Eine neue Beckenstütze[1].

Die Auflage der in ihrer Höhe verstellbaren und drehbaren Beckenstütze wird gebildet durch einen horizontal über die Kissen, auf welchen der Pat. liegt, gespannten und am Kopfende des Tisches fixierten Filzstreifen, welcher im Verbande verbleibt und nach Anlegen desselben von der Beckenstütze abgeschnitten wird; dadurch wird ein Hohlraum im Verbande vermieden, der sonst nach Herausnahme einer harten Auflage entsteht, wodurch das exakte Sitzen des Verbandes beeinträchtigt wird. Sodann übt der Filzstreifen bei länger dauernden Verbänden oder bei Pat. von großem Körpergewicht oder geringem Fettpolster keinen schmerzhaften Druck auf das Kreuzbein aus. Das Widerlager wird durch einen als Strick zusammengenähten Riemen gebildet, wodurch sich der Druck mehr auf das ganze Perineum verteilt. (Selbstbericht.)

---

17) **L. Wullstein.** Über die Herstellung und den Wert natürlicher Phantome des Urogenitalapparates.

(Festschrift für Orth. Berlin, **August Hirschwald,** 1903.

Zum Ersatze der künstlichen Blasenphantome, welche die natürlichen Verhältnisse nur sehr schematisch wiedergeben und bei der Darstellung pathologischer Veränderungen fast ganz versagen, hat W. für den Unterricht in der Cystoskopie und im Harnleiterkatheterismus menschliche Becken zur Herstellung geeigneter natürlicher Phantome benutzt.

Diese Phantome erfüllen in vollkommener Weise die folgenden, überaus wichtigen Forderungen:

Sie stellen die normalen Verhältnisse der männlichen und weiblichen Blase in völliger Naturtreue dar, desgleichen die pathologischen Veränderungen. Sie gestatten den Harnleiterkatheterismus in völlig naturgetreuer Weise, indem die normalen Krümmungen des Harnleiters erhalten sind. Sie gestatten dadurch, daß die Blasenkuppe deckelförmig aufgeklappt werden kann, beim Selbstunterrichte völlige Kontrolle, desgleichen die Kontrolle des Lehrers über die Angaben des Schülers.

Die Phantome sind unbegrenzt haltbar. Hergestellt werden sie durch Härtung der frischen, gereinigten Blasen in situ durch injizierte Kayserling'sche Flüssigkeit oder 4%ige Formalinlösung. Sodann werden Becken und Beckenorgane nebst Harnröhre, Harnleiter, Nieren, Aorta, Cava inf. und Nierengefäße im Zusammenhange herausgenommen, exakt präpariert und ebenfalls in konservierender Flüssigkeit aufbewahrt. Besonderen Wert legt W. darauf, daß das Peritoneum parietale des Beckens durch Nähte in seinem normalen Spannungszustand erhalten bleibt.

Nach erfolgter Härtung werden die Präparate ständig in Alkoholglyzerin aufbewahrt und während der Verwendung herausgenommen und auf geeigneten Stativen befestigt.

Durch eine Anzahl von schönen Photographien werden die durchaus klaren, der Natur völlig entsprechenden Verhältnisse des Blaseninnern veranschaulicht.

Ref. hatte beim Chirurgen-Kongreß 1902 selbst Gelegenheit, die W.'schen Modelle im Langenbeckhause demonstriert zu sehen und kann sich den Empfehlungen des Autors nur völlig anschließen. **Willi Hirt** (Breslau).

18) **C. Adrian.** Zur Sterilisation elastischer Katheter.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 5.)

In einem äußerst einfach konstruierten Blechkasten werden die Katheter über einer 1—2%igen Formalinlösung aufgehängt und während 1—3 Minuten den Dämpfen der auf 60—75° erhitzten Lösung ausgesetzt. Versuche ergaben u. a., daß Milzbrandsporen durch dieses Verfahren nach 1—3 Minuten abgetötet waren, während eine Kontrollprobe dieser Sporen nach 14stündiger Einwirkung von 1‰iger Sublimatlösung auf Agar noch auskeimte. **Willi Hirt** (Breslau).

---

[1] Die Beckenstütze ist bei Hermann Haertel, Breslau, Weidenstraße 33, *zu beziehen.*



19) **Queyrat.** Balano-posthite pustulo-ulcéreuse avec bacilles fusiformes et longs spirilles détermineé par l'inoculation d'une stomatite ulcéro-membraneuse.

(Soc. méd. des hôpitaux 1904. März 2.)

Verf. beobachtete in zwei Fällen Ulzerationen an den Genitalien, welche durch lange Spirillen und den Bacillus fusiformis hervorgerufen waren, also durch die gleichen Keime, wie man sie bei der Angina Vincent's und bei der Stomatitis ulcero-membranosa findet. Der Verdacht, daß in solchen Fällen die Infektion von der Mundhöhle aus zustande kommt, wurde durch folgendes Experiment bestätigt. Bei einem 20jährigen, sonst gesunden Manne mit Stomatitis ulcero-membranosa und dem charakteristischen bakteriologischen Befunde trat nach Einimpfung von Partikeln der Mundschleimhautmembranen in die Vorhautspalte eine pustulös-geschwürige Balanitis auf; auch hier fanden sich wieder lange Spirillen und Bacillus fusiformis. **Mohr** (Bielefeld).

20) **Rochet et Horand.** Formation de calculs dans les vessies tuberculeuses.

(Revue mens. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 6.)

Verff. beobachteten drei Fälle von Blasentuberkulose, welche sich in einem bestimmten Stadium der Erkrankung mit Phosphat- bezw. Ammoniak-Magnesiumsteinen komplizierte. Es handelte sich um Kranke mit vorgeschrittener, längere Zeit bestehender Blasentuberkulose, bei denen vor Eintritt der Erkrankung niemals Steinbildung bestanden hatte. Klinisch ist es schwierig, die Symptome der tuberkulösen Cystitis und die der Steinbildung auseinander zu halten. Manchmal findet man in dem dicken eitrigen Satz des Urins hirsekorn- bis erbsengroße sehr mürbe Konkretionen. Als Ursache dieser Steinbildung sehen Verff. auf Grund eines Falles, wo durch die Cystostomiewunde die Blasenwand längere Zeit direkt beobachtet werden konnte, folgenden Umstand an: Infolge der Infektion des Urins und der Blasenschleimhaut besteht eine erhöhte Neigung zur Ausscheidung von Salzen aus dem Urin; diese Niederschläge setzen sich nun besonders leicht an den durch die Tuberkulose nekrotisierten Teilen der Blasenwandung fest. Man sollte daher nach Feststellung von Steinen in einer Blase nicht ohne weiteres von einer einfachen kalkulösen Cystitis sprechen, sondern die Natur dieser Cystitis genau zu ergründen suchen, zumal im Hinblick auf eine etwaige Kombination von Tuberkulose und Steinbildung. Die Gegenwart von Steinen in einer tuberkulösen Blase kann an sich eine Anzeige zur Operation bilden, und die Operation vermag dann einzelne Symptome, wie heftige Schmerzen und Blutungen, zu mildern, welche nicht direkt durch Tuberkulose veranlaßt werden und welche einer Ausheilung der Tuberkulose im Wege stehen. **Mohr** (Bielefeld).

21) **Zuckerkandl.** Über essentielle Nierenblutung.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 20. Januar 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 4.)

Unter Demonstration eines geheilten Pat. empfiehlt Z. auf Grund von drei operierten Fällen die Nierenenthülsung, die stets von prompter blutstillender Wirkung gewesen sei. **Hübener** (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 32. Sonnabend, den 12. August. 1905.

Über die subkutane Verlagerung des Omentum.

Von

Prof. Dr. **A. Narath** in Utrecht.

Obwohl über die Talma'sche Operation das letzte Wort noch nicht gesprochen ist, so steht doch schon so viel fest, daß die künstliche Herbeiführung von ausgedehnten Anastomosen zwischen der Pfortader und dem Hohlvenengebiete bei einer Reihe von Fällen sehr günstige Erfolge aufzuweisen hat. Es mag zweifelhaft sein, ob die Operation den Krankheitsprozeß in der Leber selbst günstig zu beeinflussen vermag, sicher ist, daß gar nicht selten nach dem Eingriff in kürzerer oder längerer Zeit der Ascites und eine Reihe von Beschwerden, über welche diese Leberkranken klagen, verschwinden, so daß die Pat. sich wieder gesund fühlen und arbeitsfähig werden.

Von den Bauchorganen, welche sich zur Fixation an die Bauchwand eignen, wären besonders die Milz und das Omentum zu nennen.

Die Fälle, bei denen man die Milz in die Bauchdecken einnähen kann, dürften nicht besonders zahlreich sein, schon aus dem Grunde, weil wir es meist mit sehr elenden Pat. zu tun haben, die man nicht gern einem größeren Eingriff aussetzt. Es bleibt daher für die Mehrzahl der Fälle die Omentopexie die angewiesene Operation.

Über die technische Ausführung der Omentopexie herrscht noch keine Übereinstimmung; denn man hat auf sehr verschiedene Weise, teils intraperitoneal, teils extraperitoneal, getrachtet, das Netz mit der Bauchwand in Verbindung zu bringen. Da die Kranken, wie schon erwähnt, oft in einem sehr schlechten Zustande zur Operation kommen, so hat man jener Methode den Vorzug zu geben, welche möglichst einfach und ohne Narkose auszuführen ist. Nach mehrfachen Versuchen schien es mir zweckmäßig, die Omentopexie auf die Weise zu bewerkstelligen, daß das Netz in eine subkutane Tasche verlagert wird. Ich übe das Verfahren nun seit vielen Jahren und meine, daß es sehr geeignet ist, ausgiebige Anastomosen zu erzeugen. Auf Grund meiner Erfahrungen stehe ich nicht an, die Methode zur Nachprüfung zu empfehlen. Die Technik ist folgende:

1) Unter Schleich'scher Lokalanästhesie (in sehr günstigen Fällen in Narkose) eröffnet man das Abdomen in Medianlinie dicht über dem Nabel links vom Ligamentum teres mit möglichster Schonung der Venae parumbilicales.

2) Man läßt die Ascitesflüssigkeit abfließen. Da man die Öffnung in der Bauchwand nicht unnötig groß macht, so muß man darauf bedacht sein, die Flüssigkeit aus den abhängigen Partien gut herauszubekommen. Man kann das leicht auf die Weise erreichen, daß man mehrere dicke mit Gummischläuchen armierte Metallkatheter in das kleine Becken, gegen die Hypochondrien und in die Lumbalgegenden einführt und so die Flüssigkeit heraushebert.

3) Man ergreift sodann einen dicken Zipfel des Omentum majus und zieht denselben aus der Wunde, ohne das Colon transversum aus seiner natürlichen Lage zu bringen. Der Netzzipfel soll möglichst viele und dicke Blutgefäße enthalten und in der Höhe des Peritoneum parietale 1—2 Finger dick sein.

4) Die Schnittwunde in der Linea alba wird nun so weit durch Naht verkleinert, daß der Netzzipfel, ohne komprimiert zu werden, gerade noch hindurch kann.

5) Hierauf fixiert man den Zipfel im Bereiche der Durchtrittsstelle mit einigen feinen Nähten an Peritoneum parietale und Linea alba, mit Vermeidung der Venen. Wichtig ist, daß man den Netzzipfel nicht zu weit herauszieht, um das Colon transversum nicht zu nahe an die Durchtrittspforte zu zerren. Es muß zwischen beiden noch genügend Omentum im Abdomen bleiben, um das Colon in seinen Bewegungen nicht zu stören.

6) Unter Schleich'scher Infiltration des subkutanen Zellgewebes links von der Wunde macht man über dem Nabel auf stumpfem Wege oder mit dem Messer von der Wunde aus eine quer nach links ge-

richtete längliche, tiefe, subkutane Tasche. Die Blutung ist meist sehr gering, so daß man keine Ligatur anzulegen braucht.

7) In die Tasche steckt man den 10—15 cm langen Netzzipfel. Hat man die Tasche nicht zu breit gemacht, so ist eine weitere Fixation des Netzes darin nicht nötig.

8) Wasserdichter Verschluß der Hautwunde und ein Verband, welcher das subkutan verlagerte Netz nicht komprimiert.

Nicht uninteressant sind die Veränderungen an den Bauchdecken, welche nach der Operation auftreten. In den nächsten Tagen bemerkt man gewöhnlich ein mehr oder weniger stark ausgebreitetes Ödem der Bauchhaut, was wahrscheinlich so zu erklären ist, daß neben dem Omentum Ascitesflüssigkeit aus dem Abdomen durchtritt und das subkutane Zellgewebe inundiert.

Von längerer Dauer pflegt das Ödem nicht zu sein. Die ersten Veränderungen an den Bauchdeckenvenen kann man meist schon nach 8 Tagen konstatieren. Öfters bemerkt man dann in der Haut um das verlagerte Netz herum einen Kranz von radiär angeordneten Venenstämmchen sich entwickeln; dann nehmen die Hauptvenenstämme des subkutanen Venennetzes an Dicke zu. Man kann das manchmal schon in der 2. Woche wahrnehmen, manchmal dauert es aber länger. Besonders schön wird die Füllung der Venen sichtbar, wenn der Pat. seine Bauchpresse wirken läßt. Das verlagerte Netz schwillt dann förmlich an, und die Venen füllen sich sofort maximal mit Blut. Der Abfluß des venösen Blutes erfolgt nach drei Richtungen. 1) durch die Vena epigastrica superficialis gegen die Vena saphena magna resp. Vena femoralis; 2) durch die Vena thoracoepigastrica in die Vena thoracalis lateralis, welche in die Vena axillaris einmündet; 3) durch ein oder mehrere Venenstämmchen, welche cranial über Sternum und Rippenknorpel nach aufwärts ziehen. Diese Venen geben ihr Blut teils an die Venae mammariae internae, teils an die Venae intercostales ab. Manchmal sind sie auch über die Clavicula hin bis in die Vena subclavia zu verfolgen. Am stärksten entwickeln sich die Venen der linken Bauchhälfte, aber auch die der rechten zeigen deutliche Dilatation. Der Grad der Venendilatation ist individuell sehr verschieden, doch habe ich ganz gewaltige Venenerweiterungen nach der Operation gesehen. Ich kenne Pat., bei denen unter Wirkung der Bauchpresse die Venenstämme bis zur Dicke eines Daumens anschwollen.

Auf Grund meiner Erfahrungen kann ich versichern, daß die Methode sehr leistungsfähig ist. Wenn man nach der Ursache der leichten Entwicklung der Anastomosen forscht, so könnte man die in zwei Momenten suchen:

1) das Netz wird gerade in das Wurzelgebiet von zahlreichen Venen verlegt, die das Blut rasch auf verschiedenen Wegen in die Vena cava superior und inferior abführen können;

2) durch gesteigerten intraabdominellen Druck wird das Blut aus dem Omentum in die sich entwickelnden Anastomosen gepreßt, wovon

man sich bei gut gelungenen Operationen aufs deutlichste überzeugen kann.

Wenn nun die subkutane Verlagerung des Netzes imstande ist, relativ rasch und ausgiebig die gewünschten Anastomosen hervorzurufen, so möchte ich keineswegs verabsäumen, auf eine ev. Gefahr der Operation hinzuweisen. Sie könnte dadurch entstehen, daß neben dem Omentum später noch das Colon transversum oder andere Darmabschnitte durch das Loch in der Linea alba durchtreten und sich subkutan verlagern. Bei einigen meiner ersten Operationen ist das tatsächlich vorgekommen, jedoch ohne daß die Pat. nachteilige Folgen davon gehabt hätten. Die Ursache des Darmaustrittes lag in einem technischen Fehler insofern, als ich die Öffnung zu groß gemacht hatte und nahezu das ganze Omentum subkutan verlagerte. Seitdem ich nur einen Netzzipfel verwende und sorge, daß die Öffnung in der Bauchwand möglichst klein bleibt, so daß sie gerade noch des Netz durchtreten läßt, ohne es zu komprimieren, habe ich von Darmverlagerungen nichts mehr gesehen.

Daß die Pat. irgendwelche Beschwerden von seiten des eingenähten Netzzipfels gehabt hätten, ist mir nicht bekannt.

Nicht immer bleibt der Ascites nach der Operation aus, man ist dann gezwungen, noch zur Punktion zu greifen. Aber auch in diesem Falle kann man manchmal noch eine Heilung des Ascites erreichen, wenn sich die Anastomosen im Laufe der Zeit reichlicher entwickelt haben. Über die Resultate einiger von mir operierter Pat. hat mein Kollege Talma zu wiederholten Malen in verschiedenen Zeitschriften berichtet; ich behalte mir vor, an anderer Stelle die Gesamtergebnisse ausführlicher mitzuteilen.

Utrecht, 14. Juli 1905.

---

1) **J. Rotgans.** De chirurgie der buikorganen.
(**Haarlem, De Erven F. Bohn,** 1905.)

Verf. gibt in einem 600 Seiten starken Buche ein vollständiges Bild des gegenwärtigen Standes der Bauchchirurgie.

In einer kurzen Einleitung werden die allgemeinen Regeln der Operationslehre klar auseinander gesetzt, den Schluß bildet ein die speziellere Technik behandelnder Teil.

In 22 Kapiteln werden die Erkrankungen der verschiedenen Organe behandelt mit Berücksichtigung des klinischen Verlaufes, der Diagnose, Prognose und Therapie. Der Symptomenkomplex von Erkrankungen in der Umgebung des Plexus coeliacus findet in einem besonderen Kapitel seine Beschreibung.

Es ist zu bedauern daß zu wenig Zeichnungen den Inhalt illustrieren, und daß die Sprache, in der das Buch geschrieben ist, dem Kreis der Leser so enge Grenze setzt. Das Buch ist für die Praktiker geschrieben und gibt auf jede berechtigte Frage ausreichende Antwort.

E. H. van Lier (Amsterdam).

2) **R. de Bovis.** De l'appendicite chez les sujets âgés.
(Semaine méd. 1905. Nr. 21.)

Verf. stellt die appendicitischen Erkrankungen in höheren Lebensjahren — über 50 — denen im jugendlichen Alter vergleichend gegenüber und kommt hierbei zu charakteristischen Unterschieden. Bei der Altersform wird selten das ganze Organ gangränös, vielmehr treten meist nur kleine Perforationen in dem häufig obliterierten Organ auf und führen meist zu auffallend großen Abszessen, die der Beckenschaufel aufsitzen, weniger indes Neigung zur Senkung zum kleinen Becken oder zur Leber haben.

Die chronische rezidivierende Form hingegen ist seltener, und dementsprechend findet man nur ausnahmsweise Verklebungen und alte Verwachsungen. Trotzdem sind — wie man doch eigentlich erwarten sollte — Peritonitiden nicht häufiger wie in der Jugend. Diesen Widerspruch versucht Verf. durch die Annahme zu erklären, daß die Bakterien im Alter weniger virulent wirken, und daß die Entzündung der Gewebe bei der schlechten Ernährung des in Rückbildung begriffenen Organes weniger heftig sind. Verf. gibt zu, daß diese Anschauung Hypothese, die bisher nicht bewiesen ist.

Coste (Straßburg i. E.).

---

3) **G. Heaton.** Some peculiarities of appendicitis in the female sex, with special reference to appendicitis occurring during pregnancy.
(Brit. med. journ. 1905. März 4.)

Appendicitis ist dreimal häufiger bei Männern als bei Frauen. Verf. meint, daß auch Frauen viel häufiger befallen werden, als es den Anschein hat, daß aber bei den nahen Beziehungen zwischen Wurmfortsatz und den rechten Adnexen die als primär angesehene Entzündung der Adnexe in Wirklichkeit oft nur eine Folge der Appendicitis sei. — Schwangerschaft scheint keine Prädisposition abzugeben für einen ersten appendicitischen Anfall, dagegen begünstigt sie das Zustandekommen eines Rezidivs durch Dehnung und Zerreißung alter entzündlicher Verwachsungen. Vier eigene Fälle und das Studium der — übrigens ausschließlich englischen und amerikanischen — Literatur ließen ihn zu der Überzeugung kommen, daß die Schwangerschaft eine sehr gefahrvolle Komplikation der Appendicitis ist, deren Bedeutung mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft wächst. Bei Anwesenheit von Eiter in den späten Monaten der Schwangerschaft ist Frühgeburt fast unvermeidlich und damit die Gefahr einer Verallgemeinerung der Peritonitis sehr groß durch Zerreißung schützender Verwachsungen. Der Appendicitisanfall ist an kein bestimmtes Stadium der Schwangerschaft gebunden. Oft wird das den Anfall eröffnende oder begleitende Erbrechen fälschlich als Schwangerschaftserbrechen gedeutet. Bei der Schwere der Komplikation, wenn Eiterung eintritt, sollte man sofort nach gestellter Diagnose bei Schwangeren

den Wurmfortsatz entfernen, aber keinen künstlichen Abort herbeiführen, wie man angeraten hat, um nicht durch Lösung von Verklebungen die Peritonitis zu verallgemeinern. In allen Fällen von Appendicitis bei verheirateten Frauen soll man auf Schwangerschaft fahnden, weil diese Prognose und Behandlung durchaus anders gestaltet. Verf. fand in der Literatur Berichte über 24 Fälle von Appendicitis und Gravidität: von diesen heilten 6 nichteitrige ohne Operation aus, teilweise nach Abort; von den übrigen 18 Pat. mit Eiterung starben 9. Das ergibt die sehr hohe Mortalität von 50%. Nur in 4 von diesen eitrigen Fällen wurde die Gravidität nicht unterbrochen. — Das nach seinen Erfahrungen viel häufigere Vorkommen rechtsseitiger Salpingo-Oophoritis erklärt Verf. durch den Übergang einer primären Appendicitis auf die Adnexe, vermittelt durch direkte Berührung beim Herabhängen des Wurmfortsatzes ins Becken oder indirekt durch die Lymphgefäße des Lig. appendiculo-ovaricum. Durch diesen Zusammenhang erklärt sich auch das zeitliche Zusammenfallen der Beschwerden mit der Menstruation. **W. Weber** (Dresden).

---

4) **Lockwood.** The relationships between colitis and appendicitis from a surgical point of view.

(Brit. med. journ. 1905. März 4.)

Alle Arten von Entzündung des Kolon — Colitis mucosa, membranacea, ulcerosa — können eine Appendicitis begleiten. Oft ist die Entzündung des Coecum und Kolon zurückzuführen auf eine Ausbreitung des Katarrhs im Wurmfortsatz auf die benachbarten Darmteile: sie schwindet mit der Beseitigung des Fortsatzes. Aber es gibt auch Fälle, in denen die Kolitis jahrelang so im Vordergrund der Erkrankung steht, daß die sie verursachende Appendicitis übersehen wird. Zuweilen verschwindet eine Druckempfindlichkeit in der Blinddarmgegend auf Abführmittel, Bauchmassage, Regelung des Stuhles völlig: es hat sich um eine schleimige, manchmal membranöse Kolitis gehandelt, die in einer Koprostase ihren Grund hatte und mit Appendicitis verwechselt wurde. Weiter bespricht Verf. die Mitbeteiligung des Wurmfortsatzes an einer primären muko-membranösen Kolitis mit auffälligem Hervorstechen der Appendicitissymptome. So können die beiden Krankheiten als Ursache und Wirkung zu mannigfachen Verwechslungen Veranlassung geben. **W. Weber** (Dresden).

---

5) **Steinthal.** Unser Eingreifen bei der Perityphlitis.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesverein 1905. Mai 27.)

Auf Grund von 127 Fällen, von denen nur 9 nicht operiert wurden, stellt S. u. a. folgende Indikationen für die operative Behandlung der Perityphlitis auf:

Der genaue Zeitpunkt für die Intervalloperation läßt sich in Ziffern nicht angeben, er hängt von der Natur des vorausgegangenen

Anfalles ab; bei leichter, streng auf den Wurmfortsatz beschränkter Erkrankung kann die Radikaloperation schon nach 1—2 Wochen zulässig sein. Für den Zeitpunkt der Operation im Anfall ist es bedeutungsvoll, folgende Gesichtspunkte festzuhalten: im Beginne der Erkrankung kann man nach den Symptomen die bösartigen von den gutartigen Fällen nicht trennen; das Schicksal der Erkrankten entscheidet sich in der Regel in den ersten 48 Stunden; trotz Abkapselung des perityphlitischen Herdes kann im weiteren Verlaufe der Prozeß auf dem Wege der Lymphbahn oder durch Sprengung der Verwachsungen sich weiter ausbreiten. Aus diesen Erfahrungen heraus läßt sich die Forderung verstehen, um allen Komplikationen vorzubeugen, beim akuten Anfall innerhalb der ersten 2 Tage den erkrankten Fortsatz zu entfernen. Demgegenüber ist einzuwenden, daß über 80% der Fälle bei sachgemäßer interner Behandlung ausheilen, daß, da wir im Anfall an kranken Menschen operieren, die Frühoperation nie den ungefärlichen Charakter wie die Intervalloperation haben wird, und daß die Konstitution des Kranken und sein Aufenthaltsort die Operation problematischer machen könne wie die Erkrankung.

Somit wird der Chirurg mit der wahllosen Forderung der Frühoperation in den ersten 48 Stunden nicht durchdringen; was die Chirurgen erreichen können, ist, daß die Operation unbedingt in jenen Fällen gestattet werde, wo die örtlichen Erscheinungen noch wenig ausgeprägt sind, aber die Allgemeinerscheinungen schon ins Auge springen. Wenn man dann operiert, ohne auf einen deutlichen Abszeß oder eine Geschwulstbildung zu warten, kann man noch manchen Fall retten. Es ist nicht ratsam, bei ausgedehnter Peritonitis und schweren Kollapserscheinungen zu operieren; solche Fälle erliegen dem Operationschok sicher, während unter absoluter Diät und extrabukkaler Ernährung sie sich soweit erholen können, daß es genügt, den Abszeß sekundär zu entleeren.

Mohr (Bielefeld).

---

6) **Wullstein.** Über antethorakale Ösophago-Jejunostomie und Operationen nach gleichem Prinzip.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 20.)

W. hat sich seit mehreren Jahren unter anderem mit der experimentellen Lösung der Frage beschäftigt, einen in der Brust-, Bauch- oder Beckenhöhle gelegenen Darmteil auszuschalten und durch einen an die Rumpfoberfläche oder in eine andere Körperhöhle verlagerten Teil des Darmtraktus funktionell zu ersetzen. Sehr wichtig sind die Ausblicke, die W. gerade für die antethorakale Ösophago-Jejunostomie gibt. Hier soll zum Ersatz für die intrathorakale Speiseröhre ein Teil des in der Bauchhöhle gelegenen Darmabschnittes aus derselben herausgeleitet, über den Rippenbogen hinübergelegt und auf der Brust fixiert werden. Die Speiseröhre wird am Halse freigelegt, möglichst tief durchschnitten, am Jugulum herausgezogen und an der vorderen Bauchwand fixiert Für das dann zwischen den beiden Teilen fehlende Zwischenstück sollte ein künstlicher resp. plastischer Ersatz

geschaffen werden. Es wird also hier im Prinzip und auch technisch die Umgehung einer Ösophagusstenose und überhaupt jeder anderen Verengerung festgelegt. Der Operationsplan wird des genaueren beschrieben. Ebenso hat W. Experimente darüber angestellt, außerhalb des Beckens in der Gegend der linken hinteren Darmbeinschaufel den Mastdarm mit dem Colon descendens in direkte Verbindung zu bringen.

Bei der Wichtigkeit, die diese Fragen in der Speiseröhrenchirurgie seit der Sauerbruch'schen Publikation haben, und bei der prinzipiellen Bedeutung der angegebenen Operationsverfahren ist das Studium der W.'schen Mitteilung, auf deren Einzelheiten leider nicht genauer eingegangen werden kann, sehr zu empfehlen.

Borchard (Posen).

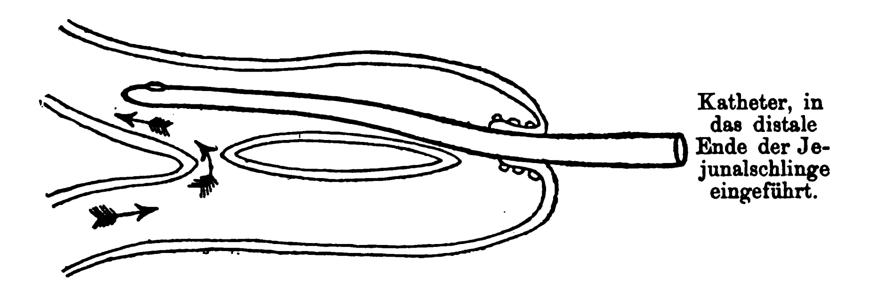
---

7) **A. W. M. Robson.** The operation of jejunostomy.

(Lancet 1905. Juni 3.)

Die Jejunostomie ist indiziert 1) bei ausgedehnter Karzinose des Magens, wo kein Platz für eine Gastroenterostomie im Magen übrig ist; 2) bei allgemeiner narbiger Retraktion des Magens.

Den Methoden von Witzel und Maydl fügt Verf. seine neue Methode der Anlegung der Jejunostomie hinzu, die nach Ref.s Ansicht, wie die Skizze zeigt, im Prinzipe mit der von Albert angegebenen



identisch ist. An der Basis der vorgezogenen Dünndarmschlinge wird ein Kurzschluß gemacht und in das abführende Ende ein Katheter nach Art der Kader'schen Methode eingenäht.

Die Jejunostomie hat nach Verf. eine Mortalität von 10—20%. Frühoperation bei Verdacht auf schwere Magenerkrankungen würde die an sich nur als äußerster Notbehelf angebrachte Operation zu einer noch seltener notwendigen machen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

8) **Marckwald** (Barmen). Beginn und Wachstum der Darmkrebse.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 22.)

M. hat Gelegenheit gehabt, an zwei Präparaten ganz junger Darmkrebse den Aufbau des Karzinoms und die Beziehung desselben

zu den Nachbargeweben zu studieren und sich vom Beginn und Wachstum der Krebse im Darm folgendes Bild gemacht, indem er jedoch es unentschieden läßt, ob seine Beobachtungen generelle oder individuelle Bedeutung haben. Er fand, daß der Ausgangspunkt dieser Krebse durch eine Zelle oder ein Zellkonglomerat, wahrscheinlich fötalen Ursprunges, in der Submucosa, vielleicht auch in der Mucosa gebildet wird. Die Zellen der versprengten Keime fangen zu irgendeiner Zeit des Lebens ihrer Träger an, sich zu vermehren und sich zu kompakten, größeren Zellhaufen zu vergrößern, wobei das sie umgebende Gewebe auseinandergesprengt wird, die Karzinomzellen in die hierdurch erweiterten Lymphspalten einwuchern, schließlich der Tonus des umliegenden Gewebes auf weitere Strecken hin verloren geht, Lymph- und Blutgefäße sich unter Vergrößerung der Endothelien erweitern, durch Abbröcklung kleiner Geschwulstpartikel und Verschleppung solcher durch die Lymphbahnen schon in nächster Nähe der primären Geschwulst Metastasen entstehen können. Von einer Stromabildung hat M. nicht einmal Spuren gesehen; die das Karzinom umgebende Gewebe verhalten sich seinem Wachstum gegenüber völlig passiv. Wucherung der an den seitlichen Teilen der Geschwulst gelegenen Darmdrüsen, Nekrose der Darmschleimhaut, Erweiterung der Blutgefäße sind für das Karzinom nicht charakteristisch.

Kramer (Glogau).

---

9) **K. Israel** (Hersfeld). Über Darminvagination und eine neue gefahrlose Methode der operativen Behandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Die Methode I.'s besteht darin, daß man nach Eröffnung der Bauchhöhle die gleichsam eine Scheide des invaginierten Darmstückes bildende Serosa an das Peritoneum der Bauchwand annäht, dann den die Scheide bildenden Darm längs eröffnet, das invaginierte Stück herauszieht und nun reseziert und näht. Die Vorzüge dieser extraperitonealen Operationsmethode sind: Übersicht über den Zustand der invaginierten Darmpartien, Fähigkeit, den Darm nach Beschaffenheit in beliebiger Länge zu entfernen, Vermeidung jeglichen Eindringens von infizierenden Massen in den Peritonealraum, feste Naht. I., welcher zwei glücklich operierte Fälle, Kinder im Alter von 2 und 7 Jahren betreffend, ausführlich schildert, glaubt, daß sich diese Art des Vorgehens auch bei Operation von beweglichen karzinomatösen oder sonstigen Darmstrikturen nach vorheriger künstlicher Invagination zweckmäßig erweisen dürfte.

Kramer (Glogau).

---

10) **Roche.** Les torsions de l'épiploon.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 21.)

R. schildert auf Grund der gesamten, noch spärlichen Literatur (29 Fälle) das Krankheitsbild der Netztorsion. Das Vorhandensein eines Bruchsackes bildet den bedeutendsten prädisponierenden Faktor für sie. In 22 Fällen handelte es sich um eine Drehung en masse

im Bruchsack, gleichzeitige Verwachsung mit dem Bruchsackinnern und peritoneale Reaktion (Ascites), in 4 Fällen um Torsion zwischen zwei Verwachsungen. Für die Erklärung des Entstehungsmechanismus sind drei in sämtlichen Beobachtungen wiederkehrende Tatsachen wichtig: 1) das Zusammentreffen von Hernie und Torsion, 2) die Abwesenheit von Darmschlingen im Bruchsacke, 3) das Fehlen einer Einklemmung des Netzes durch den Bruchsack, bezw. Bruchsackhals. Traumatische Einwirkungen gingen nicht in allen Fällen voraus. Bei der Torsion zwischen zwei Verwachsungen scheint der Mechanismus ähnlich dem zu sein, wie wenn man eine Serviette an beiden Enden zu drehen beginnt. Bei der Torsion en masse kommt hinzu der begünstigende Einfluß einer Verdickung am Rande des Netzes, ebenso einer fibrösen Schrumpfung nach früherer Epiploitis. Die Symptome sind im allgemeinen die einer Brucheinklemmung, speziell eines eingeklemmten Netzbruches, nur sind die Erscheinungen gewöhnlich schwerer als bei letzterer. Auf 28 Operationen kamen 5 Todesfälle. Bei der Herniotomie ist zu berücksichtigen, daß die Torsionsstelle oft sehr hoch, nahe dem Ansatze des Netzes am Kolon liegt, daß also ev. die Laparatomie anzuschließen ist.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mitteilungen.

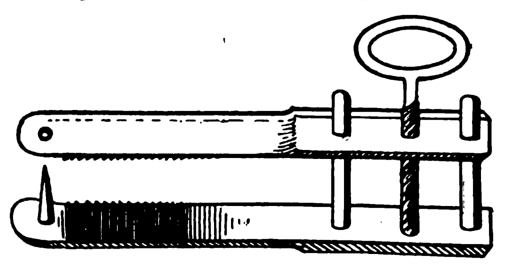
Lippenkompressorium zur unblutigen Operation der Hasenscharte.

Von

Prof. **Carl Bayer** in Prag.

In Nr. 27 d. Bl. empfiehlt Prof. Küster gegen die störende Blutung bei Hasenschartenoperationen eine temporäre Umstechungssutur, »welche in der Nähe der Mundwinkel durch die ganze Dicke der Wange hindurchgeführt und am Lippenrot geknüpft wird«.

Es sei mir gestattet, auf ein Instrument aufmerksam zu machen, welches ich mir — es dürfte auch schon 15—16 Jahre her sein — zu demselben Zwecke konstruieren ließ, weil ich gefunden habe, daß die möglichst unblutige Durchführung



der Hasenschartenoperation nicht bloß der sauberen Arbeit wegen erwünscht ist, sondern auch zur Anwendung und Verhütung direkter Gefahren für das Kind (Blutverschlucken, Blutaspiration) dringend geboten erscheint. Ich habe bislang keinen Anlaß gefunden, das Instrument zu beschreiben, weil ich meinte, daß wohl jeder Hasenscharten häufig operierende Chirurg so wie ich oder ähnlich verfahren dürfte. Da ich nun aber sehe, daß dies nicht der Fall ist, und der Meinung bin,

daß mein Instrumentchen mit der Küster'schen Umstechungsnaht zum mindesten konkurrieren kann, so erlaube ich mir, dasselbe zu beschreiben.

Es ist eine Art klein hergestelltes Kompressorium nach dem Modell der Dupuytren'schen Darmschere, sehr einfach konstruiert.

Zwei gleiche, parallelläufige Branchen sind an dem einen Ende durch zwei kurze Führungsstäbe und eine Schraube verbunden (Fig.). Die freien Enden sind glatt abgerundet und innen, ähnlich den Péan'schen Klemmen, quer gerieft, um nach dem Zuschrauben das Abgleiten zu verhindern. Zu demselben Zweck, um diesen noch zu erhöhen, ist an dem freien Ende jener Branche, die auf die Schleimhaut zu liegen kommt, ein scharfer, kurzer, zur Achse der Branche senkrecht gestellter Stift angebracht, der beim Zusammenschrauben des ganzen Instrumentes die Schleimhaut durchspießt. Er ist an der »Schleimhautbranche« angebracht, um die, wenn auch kaum in Betracht kommende, doch immerhin kosmetisch zu berücksichtigende Spur seiner Wirkung auf eine Stelle zu verlegen, die man nicht sieht. Dieses zarte Kompressorium stört bei der Operation durchaus nicht, ist vielmehr als Handhabe zum Umklappen der Lippenteile behufs ihrer event. nötigen Ablösung, zum Verziehen und Nähern der Teile bei der Naht usw. nützlich. — Um die Lippe vor Druck zu schützen, kann man die Branchen mit dünnen Gummiröhrchen überziehen oder mit einer Lage Gaze umwickeln.

Ich wende das Instrument, so wie es ist, einfach ausgekocht an. Die kleine Druckmarke außen an der Haut verschwindet bald spurlos. Allerdings schraube ich die Branchen nur so stark zu, daß sie an der Lippe nicht hin und her rutschen.

---

11) **K. Flick.** Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen des Beckens.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 121.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik beschreibt Verf. vier Fälle von Pfählungsverletzung des Beckens. Im ersten Falle war ein Stuhlbein an der Übergangsfurche des Oberschenkels in den Damm eingedrungen und hatte die Blase perforiert. Der Fall wird dadurch besonders bemerkenswert, daß nach $^3/_4$ Jahren mittels Sectio alta ein großer Blasenstein entfernt werden mußte, der sich um ein Tuchstückchen herum gebildet hatte. Tod an Sepsis. — Im zweiten Falle drang bei einem Sturze von einem Baum auf einen Lattenzaun eine Latte rechts vom After ca. 5 cm tief ein, verletzte das Bauchfell und perforierte den Mastdarm. Unter exspektativer Behandlung Heilung innerhalb $3^1/_2$ Wochen. — Im dritten Falle drang ein spitzes Scheit 30 cm tief in der Richtung von vorn nach hinten zwischen Hodensack und Afteröffnung ein, perforierte die Pars prostatica urethrae, die hintere Blasenwand und den Mastdarm. Unter konservativer Behandlung Heilung binnen 5 Wochen. — Der vierte Fall, bei dem ein Heugabelstiel den Mastdarm zweimal durchbohrt und das Bauchfell eröffnet hatte, um dann retroperitoneal an der Wurzel des Mesosigma bis in die Höhe des 2. Lendenwirbels vorzudringen, war dadurch interessant, daß es zu einer Abreißung des Psoas an seiner lumbalen Insertion gekommen war, obwohl dem Verlaufe des Wundkanales nach nicht diese Insertionsstelle, sondern der Muskelbauch getroffen worden war. Trotz Laparotomie starb dieser Pat. an allgemeiner Peritonitis, die sich von einem retroperitonealen Abszeß aus entwickelte. **M. v. Brunn** (Tübingen).

12) **Burrough Cosens.** Case of impalement with protrusion of intestine, recovery.
(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

Pfählungsverletzung eines 12jährigen Knaben durch Sturz von einem Baum auf ein spitzes Eisengitter. Mehrere Weichteilwunden; eine tiefe Wunde neben dem After, bis auf das Periost des Kreuzbeines reichend; eine perforierende Wunde der linken Bauchseite mit Vorfall von Dünndarm und beschmutztem, zerfetztem Netz. Gleich nach der Aufnahme Resektion des Netzes, Reinigung der vorgefallenen Schlinge und der Bauchhöhle, Resektion der Wundränder, Naht. Übrige Wunden offen gelassen. Glatter Verlauf. Nach 2 Monaten völlige Heilung.

W. Weber (Dresden).

13) **Scott.** A study of fifty cases of perforation in typhoid fever.
(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1905. Mai.)

Verf. kommt auf Grund von 50 im Pennsylvania Hospital beobachteten und größtenteils operierten Fällen von Darmperforation bei Typhus zu folgenden Schlüssen:

Jeder dritte Todesfall bei Typhus ist eine Folge von Darmperforation. Der häufigste Zeitpunkt der Perforation liegt zwischen dem 14. und 21. Tage; in 92% von S.'s Fällen ereignete sich der Durchbruch in der 2.—5. Woche. Bei frühzeitigerem Eintritte handelt es sich wahrscheinlich um Perforation in einem Rückfalle des Typhus; hier und da kann ein Durchbruch auch ohne vorausgegangene Krankheitserscheinungen eintreten. Am häufigsten ereignet er sich bei mittelschwerer und schwerer Infektion (75%), er ist nicht häufiger bei den mit Hämorrhagien als den milde verlaufenden Fällen (je 8%). In 86% der Fälle sitzt die Perforationsstelle am Dünndarm, und zwar meist innerhalb 30 cm Entfernung von der Ileocoecalklappe; der nächst häufige Sitz ist der Wurmfortsatz und das Kolon. Schmerzen irgendwelcher Art sind in 75% aller Fälle vorhanden. In 50% ist der Beginn plötzlich, mit schweren, genau lokalisierten Symptomen, in 20% beginnen die Schmerzen langsam und ohne örtliche Begrenzung, in 12% wird überhaupt nicht über Schmerzen geklagt, und die gewöhnlichen Erscheinungen der Perforation fehlen. Druckempfindlichkeit und Rigidität der Bauchwand werden in 65—75% beobachtet, gewöhnlich gleichzeitig; jedoch kann bei schlaffer, hängender Bauchwand Rigidität fehlen. Bei Verdacht auf Perforation ist das wichtigste diagnostische Mittel die stündliche Temperaturmessung; jedoch werden in einzelnen Fällen mit schwerer Intoxikation keinerlei besondere Veränderungen des Pulses, der Atmung und der Temperatur wahrgenommen, wenn die Perforation eintritt. Auftreibung des Leibes ist ein spätes, Verschwinden der Leberdämpfung ein überhaupt nicht verwertbares Symptom der Perforation. Die Leukocytenzählung hat für die Diagnose keine praktische Bedeutung. Von diagnostischen Irrtümern kommen vor: Verwechslungen mit rechtsseitiger Pneumonie und Pleuritis, Cholecystitis, akutem Magen-Darmkatarrh, Thrombose der Femoralis und Iliaca, Appendicitis, Peritonitis ohne Perforation, Cystitis, Ruptur einer Gekrösdrüse, Blutung in die Bauchmuskulatur. Der häufigste im peritonealen Exsudat gefundene Organismus ist der Bacillus coli communis.

39mal wurde operiert mit 12 Heilungen, einige Male bei verzweifelten Fällen. Von den innerhalb der ersten 24 Stunden Operierten genasen 25%. Die mit Blutungen komplizierten Fälle gingen sämtlich zugrunde, auch bei frühzeitiger Operation. **Mohr** (Bielefeld).

14) **Anderson.** Case of tubercular peritonitis treated with injections of Koch's old tuberculin.
(Glasgow med. journ. 1905. Mai.)

15) Derselbe. Case of Addison's disease treated by injections of tuberculin.
(Ibid.)

Der erstere Pat., ein 8jähriger Knabe, hatte zuerst wochenlang an Diarrhöe gelitten, hüstelte, hatte Nachtschweiße, magerte ab; zugleich bildete sich ein großer freier Erguß in die Bauchhöhle aus. Durch die Therapie wurde völlige Heilung erzielt.

Im zweiten Falle handelt es sich um eine Frau von 31 Jahren, die bereits seit 18 Monaten ausgesprochene Symptome der Addison'schen Krankheit darbot. Sie erholte sich schnell unter der Tuberkulinbehandlung; von der vorher tiefdunklen Pigmentierung ist fast nichts mehr zu bemerken.

W. v. Brunn (Rostock).



16) **Bracklo.** Fälle von Peritonitis progrediens bei Perityphlitis suppurativa.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Durch die Wiedergabe der Krankengeschichten von fünf Fällen von eitriger Peritonitis bei Perityphlitis wird die in der Kieler Klinik übliche Therapie erläutert. Dieselbe besteht in: möglichst frühzeitiger Operation — wenn angängig in den ersten 24 Stunden —, ausgiebiger Eröffnung durch Schrägschnitt in der Ileocoecalgegend, eventuell Längsschnitt am äußeren Rande des Rectus, ausgiebiger Tamponade und Drainage, im kleinen Becken durch Glasröhren, sonst Gummidrains, stundenweiser Lagerung der Pat. auf den Bauch, sofort nach der Operation beginnenden Infusionen von Kochsalzlösung mit Traubenzucker (2000 ccm pro die), Behinderung jeglicher Nahrungsaufnahme durch den Mund, Reinigungs- und Nährklistieren, bis Stuhlgang reichlich erfolgt. **Dettmer** (Bromberg).

17) **E. Haim.** Beitrag zur Pneumokokkenepityphlitis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 4.)

H. teilt zwei Fälle von Pneumokokkenperitonitis mit, die im Anschluß an eine Appendicitis auftraten, und in denen beidemal in der Lotheissen'schen Abteilung allein aus dem klinischen Bilde die richtige Diagnose gestellt werden konnte.

Die durch Pneumokokken hervorgerufene Appendicitis ist eine ziemlich seltene Erkrankung; sie bietet einen sehr schweren Krankheitsverlauf, der an das Bild eines Typhus erinnert. Interessant und diagnostisch von Bedeutung ist der mikroskopische Blutbefund (ausgesprochene Leukocytose, bei welcher die polynukleären großen Leukocyten weitaus überwiegen, und eine sehr deutliche Vermehrung des Fibrinnetzes). Beide Fälle wurden operiert, einer genas. **Hübener** (Dresden).

18) **Broca.** Appendicite et vomissements acétonémiques.

(Société de pédiatrie 1905. Februar.)

B. berichtete bereits früher über zwei Pat. mit unstillbarem Erbrechen, ohne eine Spur von Peritonitis, welche sofort nach Exstirpation des Wurmfortsatzes geheilt blieben; alle örtlichen Erscheinungen der Appendicitis waren bei diesen Kranken sehr wenig ausgesprochen und chronischer Natur. B. berichtet nunmehr über zwei neue Fälle bei Kindern, bei denen periodisches, mit Azetonämie und Azetongeruch des Atems einhergehendes Erbrechen durch die operative Entfernung des Wurmfortsatzes geheilt wurde.

Fall I: 5jähriges Kind; vom 10. Lebensmonat ab periodisch alle 2 Monate auftretende Anfälle von Erbrechen, Kollaps und Temperaturabfall, welche nach 6—8 Tagen schwanden. Diagnose: Periodisches Erbrechen mit Azetonämie. Während bisher irgendwie örtliche Symptome im Leibe während der Anfälle fehlten, traten bei den letzten immer mehr die Erscheinungen einer Appendicitis hervor. Bei der Operation fanden sich alte Veränderungen am Wurmfortsatz, um dessen Basis sich ein verwachsener Netzzipfel gerollt hatte. Seit der Operation (1/2 Jahr) keine Anfälle mehr.

Fall II: 4jähriges Kind. Von Geburt an häufiges Erbrechen, selbst bei vorsichtigster Ernährung; vom 2. Jahr an wurden die Brechanfälle seltener, gingen jedoch mit Schmerzen im Leib einher, wurden allmählich den gastrischen Krisen bei Azetonämie immer ähnlicher, und zugleich traten auf den Wurmfortsatz hindeutende Symptome immer mehr hervor. Entfernung eines nicht verwachsenen Fortsatzes, dessen Schleimhaut follikulär entzündet und hämorrhagisch, dessen Höhlung mit schleimig-eitrig-blutiger Flüssigkeit angefüllt war. Seit der Operation wurde gewöhnliche Nahrung vertragen, und das Erbrechen trat nicht wieder auf.

Mohr (Bielefeld).

19) **Letulle.** Appendicite et tuberculose de l'appendice.

(Revue de tuberculose 1905; ref. Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 20.)

L. fand unter 300 exstirpierten Wurmfortsätzen in zwei Fällen Tuberkulose. Im ersten Falle handelte es sich um Veränderungen wie bei einer chronischen

follikulären Appendicitis, durchsetzt von typischen tuberkulösen Herden; im zweiten entwickelte sich eine akute, nicht tuberkulöse Appendicitis auf einem tuberkulösen Boden. Der 26jährige Phthisiker erkrankte an mehrfachen Anfällen von akuter Appendicitis; der entfernte Wurmfortsatz zeigte mikroskopisch zweierlei deutlich voneinander zu unterscheidende Veränderungen: vorgeschrittene Tuberkulose mit verkästen Tuberkeln der Appendixschleimhaut und zweitens an den noch nicht ergriffenen Schleimhautpartien eine akute follikuläre Appendicitis.

Derartige Operationen eines tuberkulösen Wurmfortsatzes gelegentlich einer gewöhnlichen akuten Appendicitis sind sehr selten. Die akute Appendicitis ist jedoch nicht selten im Verlauf einer chronischen Tuberkulose des Wurmfortsatzes, obwohl diese die Entwicklung akuter sekundärer Infektionen, welche akute entzündliche Schübe hervorrufen könnten, nicht zu begünstigen scheint. Im Gegenteile scheinen Tuberkulose und akute bakterielle Entzündungen des Wurmfortsatzes sich bis zu einem gewissen Grade gegenseitig auszuschließen.

Mohr (Bielefeld).

20) **Dun.** A note on appendicitis in children.

(Glasgow med. journ. 1905. Juni.)

Vortrag eines erfahrenen Kinderarztes in Liverpool über seine Beobachtungen von Appendicitis bei Kindern.

Die meisten seiner Pat. standen zwischen dem 10. und 15. Lebensjahre. Sein jüngster Kranker war 12 Monate, der jüngste überhaupt beobachtete Fall 7 Wochen alt.

Verf. tritt der verbreiteten Ansicht entgegen, daß die Krankheit bei Kindern besonders schwer verlaufe und relativ häufig mit Abszeßbildung einhergehe. Diese falsche Meinung rühre davon her, daß die Diagnose in frühem Alter so schwer sei; die meisten der leichten Fälle würden als einfache Verdauungsstörungen angesehen.

Als diagnostische Merkmale bezeichnet er folgende: kolikartige Schmerzen, meist auf die Nabelgegend bezogen, leichte Spannung in der rechten Darmbeingrube, Übelsein und Erbrechen, Flatulenz, Tenesmus, vor allem aber Durchfall, der als ein besonders häufiges Symptom gerade bei Kindern beobachtet werde, während doch bei Erwachsenen in der Regel Verstopfung besteht. Die Temperatur sei in der Regel normal, der Puls etwas beschleunigt. In einigen Stunden verschwinden diese Anfangssymptome und werden oft gar nicht beachtet. In schweren Fällen ist der Verlauf weiterhin natürlich ein anderer und die Diagnose leicht.

Differentialdiagnostisch ist gegenüber gewöhnlicher Darmkolik zu betonen, daß hier die Schmerzen nicht lokalisiert werden, daß der Leib nicht gespannt ist, die Schmerzanfälle von kürzerer Dauer sind. Gegenüber Indigestionen ist die Diagnose of schwer, ja unmöglich, doch werden hier die Schmerzen, wenn überhaupt, so vorwiegend in das Epigastrium verlegt.

Verf. warnt davor, nun jede mit Leibschmerz verbundene Affektion bei Kindern als Appendicitis anzusprechen, mahnt aber zu größter Vorsicht, falls solche Anfälle Neigung zur Wiederkehr zeigen. Wenn man sich gewöhnt, in solchen Fällen an die Möglichkeit der Blinddarmentzündung zu denken, wird man sie nicht leicht übersehen. Auch Blasenaffektionen können zur Stütze der Diagnose oft wesentlich sein. Bimanuelle Untersuchung vom Bauch und Rektum aus gibt oft klare Auskunft über den Befund.

Haben die akuten Symptome trotz geeigneter Therapie 4 Tage lang bestanden, so ist nach des Verf.s Ansicht die Abszeßbildung im Gange.

Therapeutisch empfiehlt Verf., in den meist erwähnten leichtesten Fällen unter Bettruhe, flüssiger Kost, Belladonna äußerlich und innerlich und heißen Umschlägen abzuwarten, Opium und Abführmittel unbedingt zu vermeiden. Sollten sich die Anfälle wiederholen, so ist die Entfernung des Wurmfortsatzes im Intervall angezeigt. Bei Abszeßbildung Inzision, aber Abtragung des Fortsatzes nur, wenn er ohne Mühe zu finden ist; sonst im Intervall. **W. v. Brunn** (Rostock).

21) **H. Relotius.** Zwei Fälle von Appendicitis bei ungewöhnlicher Lage der Appendix in der Magengegend.

Diss., Kiel, 1904.

1) Im rechten Mesogastrium wurde in der Nähe des Rippenpfeilerrandes ein Abszeß gespalten. Es blieb eine Geschwulst zurück, deren Natur nicht sicher festzustellen war. Bei der zweiten Operation zeigte sich, daß der Blinddarm samt Wurmfortsatz nach oben geschlagen, der Abszeß von letzterem ausgegangen war.

2) Die Operation wurde vorgenommen in Erwartung eines perforierten Magengeschwüres. Statt dessen fand man in der Mittellinie, etwas unter dem Nabel, von einem Netzteile bedeckt, den Blinddarm. Nach Lösung des Netzes lag unter demselben auf und nach innen vom Blinddarme der Proc. vermiformis, welcher an seiner Spitze eitrig eingeschmolzen war. **V. E. Mertens** (Breslau).

22) **M. v. Brunn.** Über Divertikelbildung bei Appendicitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 67.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik teilt Verf. acht Fälle von Divertikelbildung bei Appendicitis mit und fügt ihnen drei weitere Beobachtungen an, die teils für die Frage der Genese der Divertikel interessante Befunde liefern, teils durch Vortäuschung von Divertikeln durch anderweitige Folgezustände der vorausgegangenen Entzündung bemerkenswert sind. Unter den falschen Divertikeln des Wurmfortsatzes — um solche handelt es sich ausnahmslos — hat man zu unterscheiden zwischen den seltenen Formen, welche durch eine präformierte Muskellücke hindurchtreten, und den viel häufigeren, welche einen auf entzündlicher Basis entstandenen, erworbenen Defekt der Muskulatur zum Durchtritte wählen. Die Fälle des Verf.s gehören sämtlich der letztgenannten Gruppe an. Er faßt diese Divertikelbildungen nach Appendicitis als einen eigenartigen Heilungsvorgang auf, für dessen Mechanismus die Widerstandsfähigkeit der einzelnen Wandschichten gegenüber der entzündlichen Schädigung und ihre verschiedene Regenerationsfähigkeit maßgebend ist. Während die Muscularis häufig schon frühzeitig schwer geschädigt und teilweise zerstört wird, während Defekte in ihr in der Regel durch eine wenig widerstandsfähige Narbe ausheilen, erhält sich die Schleimhaut oft überraschend lange und regeneriert sich verhältnismäßig sehr gut. Sie kann sich infolgedessen durch Defekte der übrigen Wand ausstülpen, über die Ränder des Muskeldefektes prolabieren und benachbarte Hohlräume umwachsen. Durch pathologische Muskellücken kann auch der ursprüngliche Schleimhautzylinder selbst den Muskelmantel verlassen.

Klinisch sind die Divertikel deshalb beachtenswert, weil sie Rezidive begünstigen. Sämtliche Fälle des Verf.s gehören der rezidivierenden Appendicitis an; und zwar war die rasche Aufeinanderfolge der Anfälle und in einigen von ihnen die Zunahme in der Schwere der Anfälle bemerkenswert. Fast stets waren ausgedehnte Verwachsungen vorhanden, welche die Operation erschwerten und wohl die Schuld daran tragen, daß auffallend häufig Störungen des Wundverlaufes gerade bei den divertikelhaltigen Wurmfortsätzen vorkamen. (Selbstbericht.)

23) **G. Jung.** Über einen Fall von Appendicitis während der Gravidität.

(Straßburger med. Zeitung 1905. Hft. 5.)

J. veröffentlicht einen Fall von Christel (Metz). Eine 23jährige Frau war am Ende des 2. Monates ihrer ersten Schwangerschaft an Schmerzen im Leibe mit Erbrechen, Verstopfung und Meteorismus erkrankt und nach einigen Tagen wieder genesen. In der zweiten Hälfte des 5. Monates erkrankte sie wieder plötzlich an Leibweh und Erbrechen. Bei der wegen zunehmender Verschlimmerung etwa 40 Stunden nachher vorgenommenen Operation wurde serös-eitrige Flüssigkeit in der freien Bauchhöhle gefunden. Wurmfortsatz und rechter Eierstock waren mit dicken, fibrinös-eitrigen Membranen belegt, außerdem der rechte Eierstock und *ein Teil* der rechten Tube hämorrhagisch und phlegmonös infiltriert. Sie

wurden deshalb ebenso wie der Wurmfortsatz entfernt. Von einer Entfernung des Uterus wurde abgesehen, da es sich um die erste Schwangerschaft handelte. 24 Stunden nach der Operation wurde die tote Frucht ausgestoßen. Wegen Blutung mußte die Placenta entfernt werden. Sie zeigte einzelne graue Flecken. In der Folge machten anhaltende Pulsfrequenz von 125—150, stinkender Ausfluß aus der Scheide, abwechselnd mit Blutungen, dauernder Hochstand des Fundus uteri, Schmerzhaftigkeit am rechten Uterushorn und relativ weite Öffnung des Muttermundes die Ausbildung eines Abszesses in der rechten Tubenecke sehr wahrscheinlich. 4 Wochen nach der Operation ging auch unter starker Blutung und heftigem Fieberanstieg eine große Menge übelriechenden Eiters weg. Bei der Digitaluntersuchung wurde am Fundus neben der rechten Tubenecke ein Placentarpolyp von etwa Taubeneigröße entdeckt und entfernt. Daneben kam man in eine Höhle, die direkt am Boden der Operationswunde endigte und der vermuteten Abszeßhöhle in der Uteruswand entsprach. Daraufhin langsame Heilung.

Etwa ein Jahr später wurde die Frau von einem gesunden Kind entbunden. Die Placenta mußte wegen Blutung manuell entfernt werden. Sie war in der linken Tubenecke verwachsen.

In dem häufigen Auftreten von Abort kann man einen Beweis für das häufige Übergreifen des Prozesses vom Wurmfortsatz auf den Uterus sehen.

Von 31 während der Schwangerschaft operierten Fällen war nach Boije 18mal (= 58%) Abort aufgetreten. Aus den Zusammenstellungen, besonders der von Boije, geht weiter hervor, daß die Gefahr für die Mutter und die Frucht bei Appendicitisanfällen größer ist, wenn einmal die Mitte der Schwangerschaft überschritten ist. Ist durch den Übergang der Infektion auf den Uterus die Placenta erst einmal infiziert, so ist die Fortdauer der Gravidität unmöglich, außerdem die Gefahr der Allgemeininfektion sehr groß.

Die Verbreitung der Infektion vom Wurmfortsatz auf die Genitalien vermitteln entweder

1) das Bauchfell durch allgemeine Peritonitis, oder
2) das Ligamentum appendiculo-ovaricum,
3) Verwachsungen zwischen Uterus und perityphlitischem Herde.

Als vierter Weg kommt dazu noch der durch die Tube, worauf Semb zum erstenmal aufmerksam gemacht hat. Dieser Weg lag in dem Falle Jung's offenbar vor. Die Keime müssen dabei in weniger als 36 Stunden 5 cm und mehr gewandert sein.

In der Literatur fand J. nur einen Fall König's, bei dem neben der Appendektomie auch eine Entfernung der rechtsseitigen Adnexe notwendig wurde. Jedenfalls zeigt der Fall, daß die gesunde und im Laufe der Gravidität erweiterte Tube einen Weg für die Infektion des Uterus von der Appendix aus darstellen kann. Deshalb empfiehlt es sich, bei jeder Operation der Appendicitis gravidarum auf die rechte Tube zu achten und bei Verdacht auf Entzündung derselben sie zu opfern. Ein schneller Eingriff kann hier event. Mutter und Kind retten. Gegebenenfalls kann sogar die Notwendigkeit entstehen, den Uterus auch zu opfern, worauf schon König aufmerksam gemacht hat. **E. Moser** (Zittau).

24) **W. Hagen.** Erfahrungen in der Appendicitisfrage im städtischen Krankenhause zu Nürnberg.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 132.)

In dem genannten Krankenhause wurden in dem Zeitraume von 1898—1904 insgesamt 184 Fälle von Appendicitis operativ behandelt. $^3/_4$ der Fälle entfielen auf das Alter von 16—30 Jahren. Die Mehrzahl der Kranken kam schon beim ersten Anfall in Behandlung, nur 34% waren Rezidive. Nur 47 Fälle wurden im Intervall operiert, die übrigen 137 während des Anfalles, darunter 26 im Frühstadium, d. h. innerhalb der ersten 48 Stunden. Eine Radikaloperation wurde 92mal gemacht. Die Gesamtmortalität betrug 36 = 19,56%. Zieht man 18 schon vorher bestehende diffuse Peritonitiden ab, so beträgt die Mortalität 11,68%.

Pathologisch-anatomisch lag 54mal eine Appendicitis simplex vor, darunter

1 Hydrops und 5 Empyeme; 32mal war der Processus perforiert, 33mal ganz oder teilweise gangränös; in den übrigen Fällen fehlen Angaben. Teilweise Obliteration wurde nur 8mal, vollständige niemals beobachtet. Kotsteine fanden sich nur 21mal. Sie werden als sekundäre Bildungen angesehen. Einmal wurde ein borstenähnliches Haar im Innern eines Kotsteines gefunden, in einem weiteren Falle hatte zweifellos eine Fischgräte die Appendicitis verursacht. 4mal wurde der Wurmfortsatz in Hernien gefunden. In einem dieser Fälle war er mit einer Dünndarmschlinge zusammen eingeklemmt, in den 3 übrigen Fällen war eine Entzündung das Primäre. Verf. betont die Wichtigkeit histologischer Untersuchung der Appendicitis, auch wenn sich bei makroskopischer Betrachtung kaum Abweichungen von der Norm erkennen lassen. Gefäßveränderungen wurden nicht allzu häufig gefunden und waren, wo überhaupt vorhanden, zweifellos sekundärer Natur.

Von Komplikationen wurde 30mal eine allgemeine Peritonitis beobachtet; davon wurden 12 = 40% geheilt. Sämtliche Heilungen entfielen auf die ersten beiden Tage des Bestehens der Peritonitis, während die Prognose vom 3. Tag ab durchaus ungünstig ist. In einem Falle kam es nach einer Abszeßinzision gelegentlich einer stumpfen Erweiterung der Wunde am 17. Tage nach der Operation zu einer Infektion des Bauchfelles, doch ging der Fall in Heilung aus. Von sonstigen Komplikationen kamen vor ein mechanischer postoperativer Ileus, hervorgerufen durch eine zu starke Heranziehung des Ileum zum Zwecke der Deckung des Appendixstumpfes, geheilt durch Enteroanastomose; ferner eine Thrombose der Dünndarmvenen mit tödlichem Ausgang, eine Blutung aus einem Gefäß mittleren Kalibers in der Wand eines Beckenabszesses ebenfalls mit tödlichem Ausgang, ein linksseitiger subphrenischer Abszeß mit einer linksseitigen Pleuritis, die Perforation eines Abszesses in die Blase, zwei Nephritiden, die sich nach der Operation rasch besserten, eine Nierenkolik und sechs operative Pneumonien.

Die 26 Fälle von Frühoperation innerhalb der ersten 48 Stunden wurden sämtlich binnen kurzer Zeit geheilt. Es handelte sich dabei 13mal um Appendicitis simplex, 6mal um Appendicitis perforativa und 7mal um Appendicitis gangraenosa. Dabei war nicht selten ein erhebliches Mißverhältnis zwischen dem pathologisch-anatomischen Befund und den klinischen Erscheinungen zu konstatieren.

Eine Spätoperation, d. h. eine Operation im Anfall, aber nach Ablauf der ersten 48 Stunden, wurde 111mal ausgeführt mit 78 Heilungen und 33 = 29,72% Todesfällen. Nur 66mal konnte der Wurmfortsatz gleich mit entfernt werden. 11mal blieben Fisteln zurück, von denen ein großer Teil wahrscheinlich durch den zurückgelassenen Wurmfortsatz bedingt war. Verf. empfiehlt daher, wenn irgend möglich, auch beim Vorhandensein von Abszessen den Weg durch die freie Bauchhöhle zu wählen, auf dem es fast stets gelingt, den Wurmfortsatz zu finden und zu entfernen.

Im freien Intervall wurde 47mal operiert. 44 Pat. wurden geheilt, 3 starben, davon 1 an Pneumonie, 1 an Peritonitis.

Nach seinen Erfahrungen hält Verf. die Operation im freien Intervall jederzeit für geboten, wenn auch nur ein Anfall sicher nachgewiesen ist. Wird aus besonderen Gründen die Intervalloperation nicht gemacht, so soll bei einem erneuten Anfalle jedenfalls in den ersten Stunden operiert werden. Die sofortige Operation im Anfalle hält Verf. in allen Fällen für indiziert, die innerhalb der ersten 48 Stunden in Behandlung kommen. Vom 3. Tag ab empfiehlt sich bei der hier viel schlechteren Prognose eine zuwartende Behandlung unter sorgfältiger Beobachtung des Pat. Fälle mit progredienter Tendenz sind stets so früh als möglich zu operieren und der Wurmfortsatz dabei, wenn irgend möglich, zu entfernen.

Wie sehr sich die Frühoperation empfiehlt, geht u. a. auch daraus hervor, daß die mittlere Heilungsdauer bei der Frühoperation 24 Tage, bei der Spätoperation 66 Tage, bei der Intervalloperation 20 Tage beträgt. Man kann daher dem Verf. nur beistimmen, wenn er über die Frühoperation sagt: »Es wäre nur zu wünschen, daß sie zum Wohle der Menschheit bald auch bei den Internisten allgemeine Anerkennung finden möge«. **M. v. Brunn** (Tübingen).

25) **H. Dörfler** (Weißenburg). Weitere Erfahrungen über Appendicitis mit besonderer Berücksichtigung der Frühoperation.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17 u. 18.)

D., welcher bis 1900 den Grundsätzen Sonnenburg's entsprechend vorgegangen war und bei teils exspektativer, teils operativer Behandlung eine Mortalität von 18,8% gehabt hatte, erlebte in der nachfolgenden Zeit unter 66 von ihm selbst von Anfang an beobachteten und behandelten Fällen mit 36 Operationen nur einen einzigen, ein 2jähriges Kind betreffenden Todesfall. Auf Grund seiner Erfahrungen hält er die Frühoperation für gefahrlos, sicher und leicht ausführbar und durch dieselbe das Auftreten einer tödlichen allgemeinen Peritonitis fast mit absoluter Sicherheit vermeidbar. Die besten Resultate erzielt man, wenn man sowohl in den frischesten, als auch in den verschleppten Fällen von der freien Bauchhöhle aus nach sorgfältiger Schutztamponade gegen die entzündliche Geschwulst vorgeht.

Kramer (Glogau).

26) **F. Treves.** The prospects and vicissitudes of appendicitis after operation.

(Brit. med. journ. 1905. März 4.)

T. verwertet die großen Erfahrungen aus seiner Tätigkeit nach zwei Richtungen: erstens unvollständige Ergebnisse der Appendicitisoperation, zweitens die Komplikationen der Appendicitisoperation. 45 seiner Privatpatienten, denen der Wurmfortsatz im Intervall entfernt worden war, klagten nach wie vor über mehr oder weniger starke Beschwerden. 2 von ihnen wurden bei der Relaparotomie mit vollem Erfolge von dem Rest ihres Wurmfortsatzes — ein Stumpf, angefüllt mit eitrigem Schleim, erweitert, hart, am Eingang zum Blinddarm strikturiert — befreit; 9 hatten Ovarialbeschwerden, andere litten an chronischer Kolitis, Neurasthenie, Gallensteinen, beweglichen Nieren, entzündlichen Infiltraten in der rechten Darmbeingrube. Es ergeben sich die praktischen Regeln: Der Wurmfortsatz ist stets dicht am Blinddarm abzutragen, bei Frauen immer das rechte Ovarium zu Gesicht zu bekommen, eine chronische Kolitis als Ursache der Appendicitis aufzudecken und zu behandeln. — Von 100 klageführenden Pat., denen ein akuter perityphlitischer Abszeß operiert worden war, boten — von Hernien ganz abgesehen — 40 eine persistierende Fistel dar, 24 hatten mehrfache Abszedierungen durchgemacht, 16 Rückfälle ihrer Appendicitis, 12 Sterkoralfisteln, 8 entzündliche Exsudate in der rechten Darmbeingrube. Die Fisteln heilten noch nach Monaten spontan oder auf einfache Behandlung; die dauernd bestehenden hatten ihre Ursache in einem erkrankten Wurmfortsatz oder in einem zurückgebliebenen Kotstein. Über Kotfisteln hat T. folgende Erfahrungen gewonnen: 1) Solange eine Kotfistel besteht, ist ein neuer Appendicitisanfall sehr ungewöhnlich. 2) Fast immer heilt eine Kotfistel spontan aus, wenn auch oft erst nach Monaten, und falls sie nicht ihren Grund hat in einem tatsächlichen Anschneiden des Darmes. 3) Diejenigen Fisteln, die erst einige Tage nach der Entleerung des Abszesses entstehen, haben eine bessere Prognose als solche, die bei der Operation selbst sich zu erkennen geben. 4) Der erkrankte Wurmfortsatz oder ein zurückgebliebener Kotstein sind sehr oft die Ursache einer dauernden Kotfistel. — Nach der Statistik über 1000 operierte Fälle von Appendicitis aus dem London Hospital tritt die Kotfistel in etwa 6% der Fälle auf. Bei der Frage der Rezidive nach Ausheilung eines perityphlitischen Abszesses ohne Wurmfortsatzentfernung betont T., daß nach seiner Erfahrung mindestens 83 von je 100 Pat. keinen zweiten Anfall mehr bekommen, und daß die Mortalität von 25% beim ersten Anfall auf 7% beim zweiten und auf 2% bei den weiteren sinkt. Darum meint er, man solle den Wurmfortsatz nach Heilung eines eröffneten perityphlitischen Abszesses dann entfernen, wenn er auch nur die geringsten Beschwerden macht, aber diese Entfernung nicht als durchgängige Forderung aufstellen.

Von den Komplikationen nach Appendicitisoperationen erwähnt T. unter jenen 1000 Fällen 4 nicht eitrige Parotitiden, ebenso 4 Pylephlebitiden, 45 Lungenkom-

plikationen, 12 Thromben der Vena femoralis, von denen 11mal die linke, nur 1mal die rechte Seite betroffen war. 6mal bestand Schwangerschaft, darunter 3mal mit allgemeiner Peritonitis, Abort und Tod; 3mal Abszeß mit zwei Aborten und jedesmal ungestörter Heilung. **W. Weber** (Dresden).

27) **A. Schanz** (Dresden). Eine Bandage für große Bauchbrüche.
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Die Bandage besteht aus einer festen Stahlreifpelotte, welche die Bruchgeschwulst an ihrer Basis umgreift und mit einem Beutel von elastischem Trikotgewebe stützt. Ein elastischer Leibgurt wird mit zwei Riemchen an der Pelotte zur Fixation dieser festgeknöpft. Die Pat. waren mit der Wirkung der Bandage zufrieden. **Kramer** (Glogau).

28) **E. Hagenbach.** Über Bruchsackdivertikel.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 688.)

H. teilt sechs Fälle von Bruchsackdivertikeln verschiedener Größe und Ausbildung mit, bei denen gelegentlich der Radikaloperation eine genaue Präparation der Samenstranggebilde die Divertikelbildung als zufälligen Befund ergab, ohne daß klinisch etwas darauf hingedeutet hätte. Verf. betont, daß solche Divertikel ohne genaue Präparation der Samenstranggebilde leicht übersehen werden und die Ursache für Rezidive bilden können. **M. v. Brunn** (Tübingen).

29) **Knox.** Notes on two cases of infantile or encysted hernia.
(Glasgow med. journ. 1905. Juni.)

Verf. teilt zwei Fälle dieser seltenen Erkrankung aus seiner Praxis mit.

Beide Male saß der Bruch rechts; der erste Pat. war $2^1/_2$ Jahre, der andere 72 Jahre alt. Im ersten Falle war der Bruch klein, im zweiten von der Größe einer Kokosnuß; hier bestand Inkarzeration. Der Hode war in diesem zweiten Fall atrophiert und wurde mit entfernt. Beide Pat. wurden geheilt.
W. v. Brunn (Rostock).

30) **E. Juvara** (Jassy). Beiträge zum Studium der Haargeschwülste oder Trichobezoarien.
(Revista de chir. 1905. Nr. 3.)

Die Haargeschwülste, welche im Magen vorkommen, sind alle mit einer einzigen, einen 10jährigen Knaben betreffenden, Ausnahme bei Frauen gefunden.

Sie veranlassen: Schmerz in der epigastrischen Gegend, namentlich gegen den Pylorus zu, oberhalb oder unterhalb des Nabels, und Erbrechen, besonders in jenen Fällen, wo die Geschwulst Ausläufer durch den Pylorus in das Duodenum sendet und so der Fortbewegung des Spreisebreies Hindernisse in den Weg legt. In manchen Fällen ist Blutbrechen vorhanden. Die bewegliche Geschwulst kann meist leicht gefühlt werden.

J. gibt eine mit Illustrationen versehene Beschreibung der vorzunehmenden Gastrotomie und in Kürze die Krankengeschichten von 27 Fällen aus der Literatur, denen er eine eigene Beobachtung hinzufügt. Es handelte sich um ein 16jähriges Mädchen, welches seit etwa einem Jahre an Magenschmerzen, Übelkeiten und Erbrechen litt, auch im allgemeinen Ernährungszustande stark herabgekommen war. Man fühlte in der linken Bauchseite eine nierenförmige, etwa zweifaustgroße Geschwulst, die man mit Leichtigkeit gegen den Nabel und unter den Rippenbogen ziehen konnte. Da die Untersuchung der anderen Organe normale Verhältnisse ergab, dachte man an eine Netzcyste, fand aber bei Eröffnung des Bauches eine endogastrische Geschwulst. Dieselbe war 12 cm lang, 6 cm breit und 4 cm dick, von wirr durcheinander gewebten Haaren gebildet, die sich auf der einen Seite in lockige Strähne lösten. Auf dem Durchschnitte fand man einen aus grasdünnen Holzstücken und Haaren gebildeten Kern. Die Heilung erfolgte per *primam.* **E. Toff** (Braila).

31) **Roughton.** A case of perforated gastric ulcer.
(Brit. med. journ. 1905. März 11.)

Ein 26jähriger Mann erleidet nach 3monatigen Magenbeschwerden eine Perforation seines Magengeschwüres, wird einige Stunden später operiert. Beginnende Peritonitis, Einstülpung und Übernähung des perforierten Geschwüres an der hinteren Magenwand, dicht an der kleinen Kurvatur. Fast 4 Wochen später, nach ganz glattem Verlaufe, plötzlicher Kollaps und Tod an allgemeiner Peritonitis. Die Sektion ergab als Ursache letzterer eine Darmabschnürung durch das schräg von der Flexura coli lienalis zur rechten Regio iliaca ziehende und hier adhärente Netz. Die Naht des Geschwüres hatte gut gehalten. **W. Weber** (Dresden).

32) **Hinterstoisser** (Teschen). Zur chirurgischen Behandlung des kallösen penetrierenden Magengeschwüres.
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 3.)

In allen drei mitgeteilten Fällen wurde das geschwulstbildende kallöse Geschwür des Magens gleich einer bösartigen Neubildung behandelt und die zirkuläre Magenresektion mit günstigem Erfolg ausgeführt. Im ersten Fall Einpflanzung des Duodenum in die hintere Magenwand, in den beiden anderen Fällen Verschluß beider Lichtungen und Gastrojejunostomia antecolica mit Murphyknopf. Im zweiten Falle mußte 108 Tage nach der ersten eine zweite Laparotomie (Gastrotomie) zur (nicht ganz leichten) Entfernung des an Ort und Stelle verbliebenen Murphyknopfes vorgenommen werden. **Hübener** (Dresden).

33) **Silbermark.** Magendivertikel nach Ulcus ventriculi.
(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung vom 18. November 1904.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Der 30jährige Pat. will vor 3 Jahren an einer linksseitigen Rippenfellentzündung erkrankt gewesen sein und bemerkte seit 3 Monaten eine Geschwulst in der linken Oberbauchgegend, die beim Arbeiten Schmerzen macht. Entsprechend der linken Mammillarlinie war in der Kontinuität der 8. und 9. Rippe eine hühnereigroße, derbe Geschwulst zu tasten, die sich zerkleinern ließ und auf Druck starke Schmerzen erzeugte. Haut darüber verdickt, aber verschieblich. Diagnose schwankte zwischen Osteomyelitis der betreffenden Rippen und bösartiger Periostgeschwulst. Operation (v. Mosetig): Nach Abpräparieren der Haut Stielung der Geschwulst durch subperiostale Resektion der 8. und 9. Rippe. Lungenrand völlig frei beweglich. Nach Abtragung der Geschwulst an ihrer Basis ergab sich eine etwa kleinhandtellergroße Lücke im Bauche, die in einen Hohlraum führte, der sich als der stark nach links gezerrte Magen erwies. Einführung eines Drains in den aboralen Teil des Magens, Tamponade desselben mit Gaze.

Die exstirpierte Geschwulst erwies sich als ein Divertikel des Magens; die Wand war etwa 1 cm dick. Ernährung durch den ins Duodenum führenden Schlauch. Nachträglich gab Pat. an, schon seit 6 Jahren, besonders heftig aber zur Zeit der angeblichen Pleuritis an Magenbeschwerden gelitten zu haben.

8 Tage nach der ersten Operation wurde der fest an die vordere Bauchwand fixierte Magen von seinen Verwachsungen gelöst, die Fistel vernäht. Völlige Heilung.

Auf Grund der histologischen Untersuchung ist der Vorgang ungefähr folgender gewesen.

Verlötung der Geschwürsumgebung mit der vorderen Bauchwand durch Perigastritis, Einschmelzung der Magenwand und eines Teiles der Bauchwand samt den knöchernen Rippenspangen. Bildung des Divertikels in der Zeit, während welcher die noch nicht genügend starke Narbe dem Drucke von innen her nachgeben mußte und infolgedessen sich ausbauchte. Erst mit zunehmender Verstärkung der Narbe blieb die Geschwulst, d. i. das Divertikel, konstant.

Hübener (Dresden).



34) **Torkel.** Die sog. kongenitale Pylorushyperplasie eine Entwicklungsstörung.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 316.)

Ausführliche histologische Untersuchung eines derartigen Pylorus, der von einem 4 Wochen alten Kinde stammte, das an unstillbarem Erbrechen gestorben war. Die Resultate der Arbeit sind kurz folgende: Es bestand eine starke Hyperplasie der Pylorusmuskulatur, die jedoch den Bau normaler Magen- und Darmmuscularis erkennen ließ. In dieser hyperplastischen Muskulatur fanden sich Einschlüsse, die als mißbildete Brunner'sche Drüsen aufgefaßt wurden und durch Keimversprengung erklärt werden müssen. Letzterer Umstand spricht mit Sicherheit für die kongenitale Entstehung des Prozesses. Hinsichtlich der histologischen Details muß auf die Mitteilung selbst verwiesen werden.

Doering (Göttingen).

35) **Wieting uud Reschad Effendi.** Zur Pathologie und Anatomie der suprapapillären Duodenalstenose geschwüriger Grundlage.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 53.)

Bei einem 25jährigen Türken hatten sich, angeblich infolge eines Falles auf die Bauchgegend, vor 10 Jahren Schmerzen und Verdauungsbeschwerden entwickelt. Pat. war in verschiedenen Krankenhäusern gewesen, ohne Besserung zu finden. Daß er flüssige Sachen besser vertrug als feste, merkte er bald selbst. Nach festen Speisen hatte er in den letzten Jahren öfters erbrochen. Trotz flüssiger Ernährung hatte er in den letzten Monaten über Zunahme der Schmerzen zu klagen.

Bei dem sehr mäßig genährten Manne traten unabhängig von den Mahlzeiten häufig kolikartige Schmerzen in der Nabelgegend auf. Dabei bestand häufiges saures Aufstoßen und Stuhlverhaltung. Bei den Schmerzanfällen sah man Steifungen in der Nabelgegend. Die Tastung war schmerzhaft und ergab eine härtere geschwulstartige Masse oberhalb und rechts vom Nabel. Links stand das Zwerchfell abnorm hoch mit lautem Magen-Darmschall.

Bei der Laparotomie drängte sich sofort der stark geblähte und vergrößerte Magen in die Wunde. Der Magengrund stand sehr hoch unter dem Zwerchfelle, die große Kurvatur lief ganz an der linken Bauchseite entlang, unterhalb des Nabels stieg sie scharf empor nach rechts gegen die Gallenblasengegend. Doch fühlte man unterhalb der Leber eine große Menge harter, knirschender Körper, die als Gallensteine angesprochen wurden. — Nach dem Befunde mußte man eine Stenose im oberen Teile des Duodenum annehmen, wahrscheinlich infolge entzündlicher Prozesse an den Gallenwegen. Es wurde die Gastroenterostomia posterior antecolica angelegt. Dabei versagte der Puls, wie schon vorher einmal, und der Kranke erbrach. Wieder trat Erbrechen ein nach Fertigstellung der Anastomose. Als Beckenhochlagerung hergestellt wurde, kamen große Mengen flüssigen Mageninhaltes aus dem Munde, wie wenn die Cardia weit geöffnet sei. Dabei hörten Puls und Atmung auf.

Bei der Obduktion fand sich, daß der Magen gut 5 Liter Flüssigkeit fassen konnte. Die Magenoberfläche war frei bis zum Pylorus, wo Verwachsungen begannen. Magen, Pylorus und Gallenblase waren durch einen narbigen Streifen fest aneinander geheftet. Die Gallenblase war geschrumpft, die gefühlten Körper waren 80—90 Olivenkerne, die in dem stark erweiterten obersten Teile des Duodenum lagen. Gleich hinter dieser Erweiterung, unmittelbar über der Papille, war das Duodenum in Ausdehnung von $1/2$ cm zirkulär verengt, so daß kaum ein Hühnerfederkiel durchging. Der innere Lichtungsumfang des deutlich sich abhebenden Pylorus betrug 16 cm. Der Rauminhalt des erweiterten Duodenalabschnittes wurde auf 300 ccm geschätzt. Die Wandung war dabei dünn, die atrophische Schleimhaut trug mehrfache atrophische Herde. Auf der vorderen oberen Fläche saß in derbem kallösem Gewebe ein scharf ausgeschnittenes, frisches Geschwür. In der gleichfalls atrophischen und katarrhalischen Magenschleimhaut waren keine Narben oder Geschwüre. Mit dem erweiterten Duodenalabschnitte

fest verwachsen war das stark fibrös verdickte Lig. hepato-duodenale. — In ätiologischer Hinsicht lagen Lues und Tuberkulose nicht vor, ebensowenig voraufgegangene Verbrennungen oder Nierenaffektionen.

Die Erweiterung des Duodenalbschnittes oberhalb der Stenose kann bei hochsitzender Duodenalstenose erst zustande kommen, wenn der Pylorus nicht mehr suffizient ist, da die kurze Strecke zwischen Pylorus und verengter Stelle zu einer kraftvollen peristaltischen Tätigkeit nicht ausreicht. Der Werdegang wäre demnach: Stenose des Duodenum; keine oder nur geringe Erweiterung des kurzen Duodenalabschnittes oberhalb der Stenose bei suffizientem Pylorus; dann Dilatation bezw. Hypertrophie des Magens, schließlich Insuffizienz des Pylorus und dann erst beträchtliche Ausweitung des Duodenalabschnittes. Mit dieser Entstehung stimmt der öfter schon erhobene Befund überein, nämlich Magendilatation bei Duodenalstenose ohne Ausweitung des Duodenum mit erhaltener Pylorusfunktion. Erst bei Pylorusinsuffizienz tritt Duodenalerweiterung ein.

In dem beschriebenen Fall ist die Duodenalstenose noch durch Anhäufung der Olivenkerne erhöht worden, so daß es fast wunderbar erschien, wie der Kranke überhaupt noch ernährt wurde. Es soll in der Türkei ein altes Volksheilmittel sein, bei Störungen, die auf Undurchgängigkeit des Darmes schließen lassen, feste Körper in großen Mengen zu verschlucken, um so die Sperrung zu sprengen. Verff. haben in zwei weiteren Fällen vor einer tuberkulösen Blinddarmstenose eine große Anzahl Kerne gefunden, die zu dem Zwecke verschluckt waren.

Die in der Nabelgegend sicht- und fühlbaren Steifungen müssen auf den Magen bezogen werden. Den plötzlichen Tod führen Verff. auf eine reflektorische Lähmung im Vaguszentrum zurück. Verff. bedauern, die direkte Herzmassage unterlassen zu haben, die in diesem Falle durch Eingehen von der Bauchhöhle aus verhältnismäßig einfach gewesen wäre.

Die Gastroenterostomie ist noch in einem weiteren Falle von Duodenalgeschwür mit Peripyloritis und Periduodenitis und beginnender Lebercirrhose mit gutem Erfolg angewendet worden. Sie wurde wegen der Cirrhose mit Annähung des Netzes an die vordere Bauchwand nach Talma kombiniert. — Jedenfalls war die Gastroenterostomie auch in dem ersteren, beschriebenen Falle die gegebene Operationsmethode. **E. Moser** (Zittau).

36) **O. Mayer.** Ein Fall von eigentümlicher Passagestörung nach Gastroenterostomie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 6.)

Ein Pat. war in der v. Eiselsberg'schen Klinik wegen einer narbigen Pylorusstenose (Salzsäurebefund positiv, keine Drüsen) mit einer Gastroenteroanastomose nach v. Hacker versehen worden, die die Beschwerden beseitigte. Nach 1/2 Jahr erneute Beschwerden, erneute Operation. Es hatte sich mittlerweile auf der Basis der Geschwürsnarbe ein Karzinom entwickelt und dieses zu einer metastatischen Schwellung der regionären Lymphdrüsen geführt. Durch gewaltige Vergrößerung eines an der Radix mesenterii gelegenen Drüsenpaketes und Hineinwachsen desselben in das Gekröse der Anastomosenschlinge war es zu einer zunehmenden Kompression des Darmes zu beiden Seiten derselben gekommen, die sich bis zum fast völligen Verschluß gesteigert hatte. Durch Schaffung einer neuen Anastomose (Gastrojejunostomia antecolica anterior) wurden dem Pat. die letzten Lebensmonate erleichtert. **Hübener** (Dresden).

37) **W. Passow.** Beitrag zur operativen Behandlung des sogenannten Ileocoecaltumors.

Inaug.-Diss., Rostock, 1905.

P. berichtet über 18 Fälle, die Müller-Rostock operiert hat. In neun Fällen hat es sich um Tuberkulose, in sieben um Karzinom gehandelt; je einmal lag eine Intussuszeption und eine schwielige Darmgeschwulst vor. Sechs Pat. sind in unmittelbarem Anschluß an die Operation gestorben, sechs andere erlagen später ihrem Leiden.

Als Operation der Wahl wurde die einzeitige Resektion des Ileocoecum angewendet. Dreimal nur wurde die Operation auf die Anlegung einer Anastomose beschränkt, einmal davon unter Benutzung des Murphyknopfes. Bei den 15 Resektionsfällen wurde der Knopf zweimal angewendet, zweimal die seitliche Anastomose mit blinder Vernähung der Darmenden und elfmal zirkuläre Darmnaht. Die Anwendung des Murphyknopfes war stets von lokaler Gangrän und tödlicher Peritonitis gefolgt. Deshalb wurde später von Verwendung des Knopfes abgesehen. Bei dem nachher gewöhnlich geübten Verfahren der zirkulären Naht bildete sich in sechs Fällen eine Kotfistel aus. Zwei davon heilten spontan, zwei auf eine Nachoperation hin und zwei gingen zugrunde.

Eine wegen Karzinom operierte Pat. starb 4 Jahre nach der Operation im Alter von 73 Jahren rezidivfrei an einer Apoplexie, eine andere ist noch am Leben nahezu 6 Jahre nach der Operation. Von den drei wegen Tuberkulose operierten Pat. leben zwei 2 bezw. $2^1/_2$ Jahre nach der Operation in guter Gesundheit, eine dritte bekam eine Psychose. Das wegen Intussuszeption operierte Kind lebt $2^1/_2$ Jahre nach der Operation völlig gesund.

Es folgen einige Zusammenstellungen von anderen Operateuren.

E. Moser (Zittau).

38) **R. Wilmanns.** Ein Fall von Darmstenose infolge chronisch entzündlicher Verdickung der Ileocoecalklappe.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 221.)

Ein 27jähriger, tuberkulös belasteter Mann kam mit den Erscheinungen einer chronischen Darmstenose in der Blinddarmgegend in Behandlung. Als Grund für die Unwegsamkeit fand sich ein portioähnlich in den Blinddarm vorspringender Zapfen, der anfangs den Verdacht auf eine Invagination erweckte. Der Blinddarm mit 6 cm des Ileum wurde reseziert. Die Untersuchung des Präparates bestätigte den Verdacht auf Invagination nicht, auch für Tuberkulose fand sich kein Anhaltspunkt. Verf. sieht sich daher genötigt, eine einfache, nicht spezifische Entzündung der Ileocoecalklappe anzunehmen und sieht als Ursache dafür mit Wahrscheinlichkeit eine Typhlitis stercoralis an. Einen völlig analogen Fall konnte er in der Literatur nicht finden. **M. v. Brunn** (Tübingen).

39) **Grey.** A case of long-standing constipation.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 18.)

Ein $13^1/_2$jähriger Knabe, der seit seinem 3. Lebensjahre nur alle 3—6 Wochen Stuhlentleerungen hatte, litt verhältnismäßig wenig unter diesem Zustande. Gelegentliche Koliken mit Erbrechen, Ohnmachtsanwandlungen und Kopfschmerzen waren die Hauptsymptome, aber seine körperliche und geistige Entwicklung war hinter seinen Jahren beträchtlich zurückgeblieben. Nach Anwendung von Morphiumsuppositorien zur Herabsetzung des starken Sphinktertonus gelang es mit heißen Öleinläufen in 9 Tagen fast 30 Pfund Kotmassen zu entleeren, etwa ein Drittel seines Körpergewichtes. Unter entsprechender Diät, Eisen-Aloëpillen, Massage, gymnastischen Übungen erreichte G. normale Entleerungen und beträchtlichen Fortschritt in der körperlichen und geistigen Entwicklung. (Auf die Ähnlichkeit des Falles mit der sogenannten Hirschsprung'schen Krankheit geht G. nicht ein. Ref.) **W. Weber** (Dresden).

40) **Ekehorn.** Die anatomische Form des Volvulus und Darmverschlusses bei beweglichem Coecocolon ascendens.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

Verf. veröffentlicht in Ergänzung zu seiner früheren Arbeit[1] einen neuen Fall, bei dem ein Teil des Dünndarmes mit dazu gehörigem Mesenterium um das freie Stück des Coecocolon herumgeschlagen war, so daß dieses dadurch abgeklemmt

[1] Ref. d. Bl. 1904. Nr. 20. p. 628.

wurde, und zwar hatte, im Gegensatze zu den früheren Fällen, die Umdrehung im entgegengesetzten Sinne des Uhrzeigers stattgefunden. Der Blinddarm war länger als gewöhnlich und reichte ins kleine Becken hinab, das Dünndarmmesenterium war bis über 32 cm hoch. Der oberste Teil des Jejunum und der unterste des Ileum hatten an der Umschlagung nicht teilgenommen. Die Sektion des 74jährigen Pat., welcher rasch nach der Operation starb, führte noch eine Reihe in der Arbeit angegebener interessanter Details zutage.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

41) **O. Simon.** Erfahrungen bei der operativen Behandlung des kompletten inneren Darmverschlusses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 489.)

S. bespricht 14 Fälle von inneren bruchähnlichen Einklemmungen (innere Hernie, Stränge, Meckel'sches Divertikel usw.), 7 Fälle von Achsendrehung und Verknotung des Darmes, 2 Invaginationen, 10 Darmverschlüsse durch äußere peritonitische Darmkonstriktion und Adhäsion ohne Strangulation, 11 innere Darmstrikturen durch Narben (4) oder Karzinom (7), 3 Verlegungen durch Gallensteine, 1 Darmkompression durch ein Lymphangiom des Mesenteriums und 3 Darmverschlüsse unbekannter Herkunft. Diese stattliche Zahl von Darmverschlüssen wurde in dem Zeitraum von 1890—1903 exklusive in der Heidelberger chirurgischen Klinik beobachtet. Die Schlüsse, welche Verf. für die operative Behandlung zieht, sind folgende: Bei Verdacht auf Strangulation des Darmes einschließlich Volvulus und Invagination ist die sofortige operative Behandlung, Aufsuchung und Beseitigung des Hindernisses angezeigt. Bei Darmgangrän ist meist Vorlagerung und Eröffnung des Darmes vorzuziehen. Bei anderen Arten von Darmverschluß ist, besonders wenn er sich langsam unter Erscheinungen chronischer Verstopfung entwickelt hat, ein Versuch mit innerer Behandlung berechtigt, doch muß er rasch binnen 1—2mal 24 Stunden vorgenommen werden. Bleibt er in dieser Zeit erfolglos, so ist auch hier zu operieren. Primäre Geschwulstresektionen verwirft S. und empfiehlt zweizeitiges Vorgehen, zuerst Enterostomie, eventuell Enteroanostomose, und später erst Beseitigung des Hindernisses. Fremdkörper sind zu entfernen. Jeder Operation wegen vollständigen Darmverschlusses soll eine Magenspülung vorangeschickt werden. Bei starkem Meteorismus ist der Darm bei der Operation zu entleeren. Bei bestehender Peritonitis empfieht S. stets eine Darmfistel anzulegen.

M. v. Brunn (Tübingen).

42) **J. Borelius.** Zur Technik der Dickdarmresektion.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. 3. Folge. Bd. IV. Abt. 1. Nr. 11. [Deutsch.])

An der Hand von 20 vom Verf. operierten Fällen (wegen Neubildungen) Aktinomykose, Volvulus, Hirschsprung'scher Krankheit u. a.) bespricht Verf. in einem Vortrage, der auf dem 6. Kongresse des Nordischen chirurgischen Vereins (in Gothenburg 8.—10. August 1904) gehalten wurde, seine Erfahrungen über die verschiedenen in Frage kommenden operativen Maßnahmen. Sämtliche Fälle sind intraperitoneal behandelt worden; nur einen Todesfall hat Verf. zu bedauern (als direkte Folge der Naht). Verf. bevorzugt die einzeitige Operation als Normalmethode, ohne zu leugnen, daß man unter Umständen gezwungen sein kann, zweizeitig zu operieren. Die zirkuläre Verbindung (»end-to-end«) der Darmenden hat Verf. die besten Resultate geliefert; doch verwirft er die laterale Apposition nicht, rät vielmehr diejenige Methode anzuwenden, die sich im speziellen Falle als die geeignetste bietet.

Einzelheiten im Original.

Hansson (Cimbrishamn).

Berichtigung. In der Tabelle auf p. 121 der Beilage zu Nr. 30 lies statt I. u. II. Jahr stets I. int. u. II. int.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 33. **Sonnabend, den 19. August.** **1905.**

I.

Über die Behandlung der chirurgischen Infektionen mit Phenolkampfer.

Von

Dr. V. Chlumský,

Privatdozent für Chirurgie in Krakau.

Die Bier'sche Behandlung der infizierten Wunden, Furunkel usw., deren Anwendung und Resultate wir auf dem letzten Chirurgenkongreß (1905) in Berlin gesehen haben, scheint trotz ihrer Vortrefflichkeit doch nicht ausreichend zu sein. Deswegen erlauben wir uns hier auf eine andere, viel einfachere Methode aufmerksam zu machen, die wir seit *zirka 6* Jahren mit sehr gutem Erfolg anwenden.

Wir haben zwar vor einigen Jahren kurze Notizen über diese Methode veröffentlicht, doch da es sich damals nur um vorläufige Mitteilungen handelte, blieben sie meistens wenig berücksichtigt. Inzwischen gelang es uns, die Methode zu vervollkommnen; so daß wir sie der freundlichen Nachprüfung der Kollegen empfehlen können. Zugleich möchten wir hier auf viele Anfragen, die uns in letzter Zeit zugekommen sind, kurz antworten.

Unsere Behandlungsmethode der infizierten Wunden, Furunkel und der chirurgischen Infektionen besteht in der Anwendung eines besonders starken Antiseptikums, welches trotz seiner großen bakteriziden Kraft ziemlich ungefährlich ist. Dieses Antiseptikum ist altbekannt. Es besteht aus einer Mischung von reiner Karbolsäure und Kampfer. Anfänglich haben wir diese Chemikalien zu gleichen Teilen genommen. Durch die Mischung derselben entsteht eine ölige Flüssigkeit, die merkwürdigerweise die ätzenden Eigenschaften der Karbolsäure vollständig verliert. Man kann sie unbesorgt auf die Hand gießen, ja sogar in die Wunden selbst, ohne daß die bekannte weiße Verfärbung — die Ätzung der Wunden — danach eintritt. Auf der gesunden Haut wird durch das Begießen oder Anfeuchten mit dieser Flüssigkeit kein unangenehmes Gefühl, kein Schmerz hervorgerufen; es ist, als ob man Öl oder Chloroform auf die Hand gegossen hätte. Bei den meisten Pat. wird auch die kranke Haut, ja sogar die offene Wunde nicht gereizt. Infolgedessen fehlen auch Schmerzäußerungen. Nur selten klagten die Patienten über das Brennen der Haut oder der Wunde, das übrigens nur sehr kurze Zeit dauerte. Die erwähnte Flüssigkeit löst sich nur sehr schwer im Wasser; sie entzieht also dem Körper kein Wasser. Dagegen ist sie sehr leicht in Alkohol, weniger leicht in Äther und Chloroform lösbar. Sie bleibt — obzwar sie aus zwei festen Gegenständen entstanden ist — auch bei sehr niedriger Temperatur flüssig. Herr Privatdozent Dr. Lemberger in Krakau hat freundlich die Versuche mit ihr angestellt und konstatiert, daß sie sich erst bei 70° unter Null in eine gallertartige Masse umwandelt. Neben dem Ätzvermögen hat die Flüssigkeit auch den penetranten Karbolgeruch verloren. Sie riecht nur nach Kampfer. Dem Tageslicht ausgesetzt, bekommt sie die bekannte rosarote Farbe wie die Karbolsäure. Unverkorkt verflüchtigt sie sich, wobei, wie es scheint, zuerst der Kampfer verloren geht. Infolgedessen enthält der Rest mehr Karbolsäure und wird damit ätzend. Gut verkorkt ist die Flüssigkeit anscheinend unbegrenzt haltbar. Wir haben einige Fläschchen mit der Lösung seit 4—5 Jahren stehen, deren Eigenschaften dieselben sind, wie die der frisch zubereiteten.

Die Wirkung der Lösung auf die Bakterien wird wahrscheinlich darauf beruhen, daß der Kampfer sich schneller verflüchtigt und die dadurch frei gewordenen minimalen Mengen von Karbolsäure die Bakterien abtöten. Da aber der Überschuß von Karbolsäure nur sehr gering ist, kommt es nicht zu einer Ätzwirkung derselben.

Wie aus dem Gesagten hervorgeht, bringen wir die Flüssigkeit direkt auf die kranke Haut oder auf die Wunden.

Handelt es sich z. B. um ein Erysipelas, und der Prozeß ist noch frisch und nicht zu stark ausgebreitet, so wird die kranke Stelle und deren Umgebung einigemal täglich (2—5mal) mit der Lösung bestrichen. Gewöhnlich nimmt im Verlaufe einiger Stunden die Rötung ab, und das Übel ist rasch geheilt. Ist die erkrankte Stelle in größerem Umfange betroffen, und das Leiden nicht mehr frisch, so betupfen wir alles Kranke wie vorher mit der Lösung und umhüllen es mit von der Lösung durchtränkter Watte. Darüber legen wir noch Billrothbattist oder noch besser Wachspapier und befestigen das Ganze mit einer Binde. Dieser Verband wird ein- oder zweimal täglich gewechselt. Auch hier tritt rasch eine Besserung ein. Gewöhnlich werden die roten Stellen zuerst mehr blau; dann bekommen sie unter starker Abschuppung der Haut in 2—3 Tagen ihre normale Hautfarbe. Öfters verbinden wir diesen Verband mit dem altbekannten feuchten Wasserverband. Die kranke Stelle wird mit der Lösung betupft, auf die besonders geröteten Partien werden mit der Lösung getränkte Wattestücke gelegt und darüber kommt feuchte Watte, Billrothbattist, zuletzt die Binde.

Bei beginnenden Phlegmonen, Panaritien, eitrigen Pusteln machen wir den Verband wie vorher. Sehr oft gelingt es schon am 1. Tage, den ganzen Prozeß zum stehen zu bringen. Ist irgendwo Eiter nachweisbar, so eröffnen wir die Stelle und gießen sofort in die Inzisionswunde die Lösung, manchmal in ziemlich beträchtlicher Menge — bis 30 und 50 g in tiefe Abszesse — ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu beobachten. Die infizierten Wunden spülen wir mit der Lösung aus und legen in dieselben mit ihr getränkte Tampons; darüber kommt in den ersten Tagen ein Watte-Battistverband wie früher.

Es ist auffallend, wie rasch sich manchmal die lange eiternden Wunden reinigen; ihre Sekretion vermindert sich und wird mehr schleimig, so daß wir bald zur gewöhnlichen Luft- oder Salbenbehandlung übergehen können. Die Tampons werden nur solange liegen gelassen, bis sich die Eitersekretion vermindert hat. Dann wird nur die Lösung in die Wunde gegossen. Bei besonders großen Abszessen wartet man natürlich mit der vollständigen Entfernung des Tampons, bis sich die Höhle entsprechend verkleinert hat. In zwei Fällen, bei denen der behandelnde Arzt die Tampons zu früh entfernt hat, schloß sich die Wunde, und es wurde später notwendig, nochmals zu inzidieren; beidemal ergoß sich nun aber kein Eiter, sondern eine schleimige, dicke Flüssigkeit.

Wir haben diese Art der Behandlung auch bei tuberkulösen Fisteln, bei Lymphangitiden und Furunkeln mit recht gutem Erfolge angewandt und halten uns deswegen direkt für verpflichtet, auf diese Methode hier nochmals hinzuweisen. Wenn sie die anderen diesbezüglichen Methoden auch nicht übertrifft, so ist sie denselben

wenigstens ebenbürtig und kann eventuell auch kombiniert mit anderen Behandlungsarten gute Dienste leisten.

Beim Schluß möchte ich noch auf einige Einzelheiten aufmerksam machen. Die soeben beschriebene Lösung verursachte in sehr seltenen Fällen — besonders wenn man die Fläschchen längere Zeit offen ließ, und es sich um Pat. mit feiner empfindlicher Haut handelte — doch leichte Verätzungen. Ich habe deshalb die Mischungsverhältnisse geändert, indem ich den Prozentgehalt von Kampfer erhöhte. Außerdem habe ich etwas Alkohol zugesetzt, wodurch die Lösung wasserklar, besser haltbar und absolut ungefährlich wurde.

Meine Vorschrift lautet jetzt:

Rp.: Acidi carbol. purissimi 30,0,
Kamphorae tritae 60,0,
Alcohol. absol. 10,0.
MDs. Äußerlich.

II.

Zur Technik der seitlichen Enteroanastomose.

Von

Prof. Dr. **Küster** in Marburg.

Da die Schnelligkeit der Ausführung einer der wesentlichsten Faktoren für den Erfolg bei Operationen am Magen-Darmkanal darstellt, so ist jede Veränderung der Technik von Bedeutung, welche eine Verkürzung der Operationszeit herbeiführt, ohne die Sicherheit in Frage zu stellen. Von diesem Gesichtspunkte aus teile ich folgenden Kunstgriff mit, den ich wiederholt und mit gutem Erfolge bei der seitlichen Enteroanastomose durch Murphyknopf zur Anwendung brachte.

Bevor man nach der Resektion eines Darmstückes die beiden Enden in bekannter Weise vernäht, einstülpt und durch eine zweite Nahtreihe sichert, wird in jede Darmlichtung die eine Hälfte eines Murphyknopfes gebracht, welche entweder durch den Umschnürungsfaden oder durch die Finger eines Gehilfen an einem zu starken Ausweichen gehindert wird. Nach Beendigung des Verschlusses der Darmenden umgreife ich eins derselben mit der vollen linken Hand, bringe den Knopf an die Stelle, an welcher die Anastomose geplant wird, und dränge den zentralen Zylinder von innen nach außen so gegen die Darmwand, daß diese sich scharf über dem Rande des Metallstückes spannt. Nunmehr durchschneide ich mit einem Messerchen die gespannte Darmwand in der Längsrichtung, bis der Zylinder durch die Öffnung hervorspringt. In der Regel kann der Schnitt wegen der starken Dehnung der Ränder kürzer sein als der Durchmesser des Zylinders; um so fester legt er sich hinterher an das Metall an. Ist das eine Darmende fertig, und vorläufig durch ein

Mullstück verschlossen, so folgt die Versorgung auch des zweiten und endlich die Zusammenfügung der Knopfhälften. Das Ganze ist außerordentlich schnell zu machen; nachträgliche Nähte kommen nur dann in Frage, wenn der Schnitt zu groß angelegt war.

Da auf diese Weise auch jede Verunreinigung des Operationsfeldes mit Sicherheit vermieden werden kann, so glaube ich das Verfahren den Fachgenossen zur Nachahmung empfehlen zu dürfen.

---

1) **Herzfeld** (Berlin). Tumor und Trauma.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 1.)

In seinem auf dem 6. Bahnarzttage 1904 zu Metz gehaltenen Vortrage bespricht Verf. eingehend den ätiologischen Zusammenhang zwischen Geschwulst und Trauma. Das Trauma im weitesten Sinne (jede Verletzung und Reizung gesunden Gewebes) spielt in der Ätiologie die größte Rolle, »ohne Trauma kein Tumor«. Die Wichtigkeit dieser Erkenntnis für die Unfallsbegutachtung wird betont und an 54 Fällen (Gutachten) erläutert. **K. Schultze** (Bonn).

---

2) **P. Juliusburger.** 7081 Todesfälle an Krebs von 1885 bis 1899 bei der »Friedrich Wilhelm«, Preußischen Lebens- und Garantie-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft in Berlin.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Heft 1.)

Verf. hat das reiche Material in sehr ausführlicher und übersichtlicher Weise statistisch verarbeitet und kommt dabei zu folgenden Ergebnissen: Die Todesfälle an Krebs haben zugenommen; die besser situierten Frauen sind an der allgemeinen Zunahme des Krebsleidens am meisten beteiligt. Prozentualiter überwiegen die Krebstodesfälle der Männer die der Frauen. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen war $55^{1}/_{5}$ Jahr. Wahrscheinlich wird durch die erbliche Belastung eine Disposition zum Krebs geschaffen. In den bemittelten Kreisen waren die Krebserkrankungen zahlreicher und in früheren Lebensaltern als in den unbemittelten Kreisen. Die Reihenfolge der Häufigkeit des Krebses ist folgende: Magenkrebs, Gebärmutterkrebs, Leberkrebs, Darmkrebs, Speiseröhrenkrebs usw. Verf. bespricht an der Hand dieser Ergebnisse das Für und Wider der verschiedenen Krebstheorien und teilt vorläufig der erblichen Belastung die wichtigste ätiologische Rolle zu. **K. Schultze** (Bonn).

---

3) **W. A. Freund.** Zur Naturgeschichte der Krebskrankheit nach klinischen Erfahrungen.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 1.)

Verf. gibt zunächst eine Definition der Krebskrankheit und erörtert die Frage über die zunehmende Häufigkeit der Krebserkrankung, die nach den bisherigen widersprechenden statistischen Veröffent-

lichungen in keiner Weise geklärt sei. Was die Ätiologie des Karzinoms anbelangt, so hat Verf. nach seinen klinischen Erfahrungen die Überzeugung gewonnen, »daß der Senilismus in der weitesten Bedeutung des Wortes das erste ätiologische Moment zur Krebskrankheit abgibt; der Senilismus, welcher rechtzeitig oder vorzeitig generalisiert oder auf Haut, Schleimhäute, Drüsen lokalisiert, spontan und normal oder krankhaft an den eben genannten Partien des Organismus auftritt«.

Auch das klinische Bild der Krankheit ergibt bei aufmerksamer Beobachtung, daß man den Krebs als das Endstadium eines langen, oft durch ein Menschenalter und noch länger dauernden Prozesses ansehen muß. Eine chronische fortschreitende Affektion nimmt, wenn somatische und psychische Schädigungen hinzutreten, einen akuten bösartigen Verlauf. Histologisch ist die Pathogenese des Karzinoms folgende: Die durch Senilismus verursachten Verhornungen und sonstigen Gewebsveränderungen der äußersten Epithelschichten der Haut und der Schleimhäute bewirken eine Art Stauung der von den unteren Schichten stets neugebildeten Epithelien. Es ist dies ursprünglich eine durchaus harmlose Veränderung, die, ohne erhebliche Symptome zu machen, zeitlebens bestehen, aber unter besonderen Umständen verhängnisvoll werden kann. Werden nämlich die Epithelien durch irgendeinen, keineswegs speziellen Reiz zur vermehrten Wucherung angeregt, so ermöglicht die durch Senilismus geschwächte Resistenz des Bindegewebes diesen wuchernden Epithelien das Vordringen in die Tiefe und das Einbrechen in die Blut- und Lymphbahnen. Verf. hält einen spezifischen Krebserreger zur Eklärung der Krebsentstehung für keineswegs erforderlich und erhofft von zielbewußten experimentellen (H. Stilling) und biochemischen (R. Rössle) Untersuchungen am ehesten die Entdeckung des Karzinoms.

K. Schultze (Bonn).

---

4) **R. Morison.** Indications for operation.

(Lancet 1905. Juni 17.)

Die Indikationen für einen operativen Eingriff sind in den weitaus meisten Fällen: 1) Verhinderung der Sepsis; 2) Stillung von Blutungen; 3) Entfernung eines Krankheitsherdes. An der Hand von typischen Fällen aus seiner Praxis bespricht Verf. diese Indikationen: Schädelverletzungen, Appendicitis, Ileus, Nieren- und Gallensteine, Hals-, Nasen- und Ohraffektionen, die zu Sepsis führen können, sollen so früh als möglich und unter allen Umständen operiert werden, und sollten auch an die Stelle der vielleicht zurzeit wenig Beschwerden machenden Affektion momentane gefährliche Operationen treten müssen. Um Blutungen sicher zu stillen, ist es nötig, den genauen Ort der Blutung zu sehen und an diesem die Blutung zu beherrschen, besonders rezidivierende Blutungen sind, um die größten Gefahren abzuwenden, kühn operativ anzugreifen; dieses gilt auch von rezidivierenden Magenblutungen und geplatzter Extra-uterin-Schwangerschaft.

Was Bauchwunden angeht, so zeigen die jüngsten Erfahrungen, daß Schußwunden auf dem Schlachtfeld am zweckmäßigsten in Ruhe gelassen werden — diese Forderung auf zivile Praxis zu übertragen, ist verderblich; jeden abdominellen Schußkanal untersucht Verf. in seinem Verlauf sobald als möglich. Bei stumpfen Verletzungen des Bauches ist Allgemeinbefinden, Puls usw. genau zu beobachten, damit ein Eingriff nicht zu spät kommt. Ist der Bauch gespannt und geschwollen, so ist ein Radikaleingriff an den Eingeweiden auf Grund der intestinalen Parese zu vermeiden, eine Enterostomie ist hier die größte mögliche Operation. Bei tuberkulösen Affektionen, besonders der Halsdrüsentuberkulose, ist so früh wie möglich einzuschreiten. Eine Ausnahme im möglichst frühzeitigen Operieren bilden im allgemeinen die tuberkulösen Gelenkerkrankungen bei Individuen unter 35 Jahren, wennschon auch hier — mit alleiniger Ausnahme des Handgelenkes — ein aktiveres Vorgehen am Platze wäre. Bei Krebs ist der früheste Termin zur Operation der beste. Eine Probelaparotomie ist bei nur vorhandener Möglichkeit eines Darmkrebses nicht zu scheuen. Ist Krebs inoperabel, so ist die Hintanhaltung und Beseitigung von Infektion des Krebsherdes von wohltätigem und besserndem Einfluß.

Die Arbeit ist lesenswert durch die Fülle der niedergelegten Erfahrungen des bekannten Autors. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

5) **G. Marion.** Chirurgie du système nerveux: crane et encéphale — rachis et moelle — nerfs.

Paris, **G. Steinheil,** 1905.

Das vorliegende Werk ist ein Teil des von Berger und Hartmann herausgegebenen Sammelwerkes: Traité de médicine operatoire et de thérapeutique chirurgicale und enthält die Chirurgie des Gehirns, Rückenmarkes, der peripheren Nerven und des Sympathicus. Weil die persönliche Erfahrung des einzelnen Chirurgen in der Gehirnchirurgie im Vergleiche zu anderen Gebieten verhältnismäßig nur gering ist, so zieht Verf. neben seinen eigenen Beobachtungen auch die gesamte andere Literatur heran, vor allem das Werk von Chipault: l'Etat actuel de la chirurgie nerveuse. Trotzdem gibt er ein klares, übersichtliches und abgerundetes Bild der einzelnen Erkrankungen, soweit dieselben für die Chirurgie in Betracht kommen. Er wägt die Indikationen und vor allem die Kontraindikationen sorgfältig gegeneinander ab, so daß das Ganze dennoch einen durchaus persönlichen Charakter trägt. Das was wir bisher operativ auf diesem Gebiete der Chirurgie positiv erreichten, ist ohne jede Schönfärberei oder Überschwänglichkeit geschildert. Im einzelnen ist der Stoff so eingeteilt, daß zunächst die topographische Anatomie, alsdann die Technik der einzelnen Operationen beschrieben wird, zum Schluß die einzelnen Verletzungen und Erkrankungen, die für die chirurgischen Erkrankungen in Betracht kommen.

Am ausführlichsten sind die Krankheiten des Gehirns beschrieben, während zum Schluß hin, besonders bei den Verletzungen des Rückenmarkes, vom Verf. etwas summarisch vorgegangen ist.

Das Lesen des Werkes wird durch die in den Text eingefügten zahlreichen Abbildungen wesentlich erleichtert.

Von dem einfachsten Meißel bis zu den kompliziertesten Elektromotoren zur Eröffnung des Schädels sind Abbildungen so gut und leicht verständlich, daß eine Beschreibung im Texte fast überflüssig wird.

Die Lage des Gehirns zur Schädelkapsel, die Schnittführung zur Freilegung der einzelnen Gehirnteile, sowie der peripheren Nervenbahnen im Kapitel über Nervenchirurgie sind so übersichtlich in Bildern dargestellt, daß sich das Werk besonders zur schnellen Orientierung vor einer Operation eignet. **Coste** (Straßburg i. E.).

---

6) **E. Schmidt.** Studie über die Skoliose.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 1.)

Verf. glaubt in dieser Arbeit den Beweis erbracht zu haben, daß es sich bei der Skoliose um einen Umbildungsprozeß handelt, der ganz gesetzmäßig aus inneren Gründen sich entwickeln muß (Jul. Wolff). Prädisponierende Momente kommen nur für den Grad der Skoliosierung oder als Ursache der seitlichen Verbiegung einer Wirbelsäule, nicht aber für die Skoliose an sich in Betracht. Die wesentlichen Ergebnisse sind folgende:

1) Auf der Höhe einer seitlichen Wirbelsäulenverkrümmung liegt der obere und untere Scheitelwirbel. Die Scheitelhöhe liegt in der Intervertebralscheibe zwischen beiden Wirbeln.

2) Die innige Bandverbindung führt zu einer Ausgleichsbestrebung ihrer entgegengesetzten Richtungstendenz, die als Richtungsdivergenz und Höhendifferenz unterschieden werden kann. Der obere Scheitelwirbel führt dabei eine Torsionsbewegung aus.

3) Eine zweite Torsionsbewegung entsteht bei zunehmender Skoliosierung durch die winklige Knickung von Wirbelkörper und -bogen.

4) Bei den beiden Torsionsbewegungen dient die konkavseitige Gelenkverbindung als Hypomochlion.

5) Die Ausgleichbestrebung der beiden Scheitelwirbel tritt in gleicher Weise bei vertikal und bei horizontal gestellter Wirbelsäule ein.

Hartmann (Kassel).

---

7) **E. v. Graff.** Zur Therapie der operativen Verletzungen des Ductus thoracicus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Im Anschluß an den Operationsbericht eines hierhergehörigen Falles aus der v. Eiselsberg'schen Klinik, in welchem die sofortige Unterbindung des bei der Exstirpation von linksseitigen Lymphomata tbc. colli verletzten Ductus thoracicus von sofortigem und dauerndem

Erfolge begleitet war, gibt G. eine kritische Übersicht sämtlicher 27 in der Literatur niedergelegten Fälle von Verletzungen des Ductus thoracicus, die sich über einen Zeitraum von 29 Jahren erstrecken und bis auf einen im Verlauf von Operationen zustande gekommen waren.

Er kommt zu dem Schluß, daß die bei oder nach Operationen am Halse (und zwar stets nur auf der linken Seite) auftretende Chylorrhöe immer durch eine Verletzung des Ductus thoracicus bedingt ist, der beim Menschen einen durchaus unregelmäßigen Verlauf hat und sehr häufig vor seiner Einmündung in die Vena anonyma in viele Äste geteilt ist.

Die Chylorrhöe bedingt eine meist vorübergehende schwere Ernährungsstörung, die indessen durch Hinzutreten anderer Schädlichkeiten (Blutverluste, Narkose) auch zum Tode führen kann (2 Fälle unter 27).

Der einzige von sofortigem Erfolge begleitete Eingriff bei Chylorrhöe besteht in der Unterbindung des Ductus thoracicus bezw. Naht seiner Verletzung, welche entweder sofort oder, falls unmöglich, sekundär auszuführen ist.

Die Unterbindung des Ductus thoracicus am Halse ist mit keinerlei schädlichen Folgen für den Gesamtorganismus verbunden.

Die Behandlung der Chylorrhöe durch Tamponade kommt erst in zweiter Linie in Betracht, wenn die Unterbindung aus operationstechnischen oder anderen Gründen nicht ausgeführt werden kann.

Hübener (Dresden).

---

8) **P. Mignardot.** Trachéotomie et tuberculose.

Inaug.-Diss., Paris, 1904.

Die Arbeit gibt die Ansichten Landouzy's über diese Frage wieder und gelangt zum Schluß, daß Traumen der Luftröhre und namentlich die Tracheotomie eine gewisse Prädisposition für Tuberkulose schaffen. Der Grund dürfte in den Verengerungen zu suchen sein, welche durch die Operation in der Lichtung der Luftröhre bewirkt werden, namentlich durch die Narbe der Operationswunde. Verfolgt man Kinder, welche Tracheotomie überstanden haben, in ihrem späteren Lebenslaufe, so sieht man, daß ein großer Teil derselben tuberkulös erkranken, und es ist also empfehlenswert, derartige Pat. im Auge zu behalten und sie unter möglichst hygienischen Bedingungen aufwachsen zu lassen, auch anderweitig prophylaktisch dem Ausbruche der Lungenschwindsucht entgegenzuarbeiten. **E. Toff** (Braila).

---

9) **Fischer.** Zur Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 21.)

Die Resultate der operativen Behandlung des Kehlkopfkrebses haben sich in den letzten Jahren bedeutend gebessert, nachdem man gelernt hat, die für die einzelnen Fälle geeigneten Eingriffe richtig zu

wählen. Bei frühzeitiger Diagnose, bei beschränktem Umfang und einem derartigen Sitz der Geschwulst, daß von vornherein die Möglichkeit gegeben ist, alles Krankhafte zu exstirpieren und ins Gesunde vorzudringen, tritt die endolaryngeale Operationsmethode als ein absolut ungefährliches Verfahren in ihr Recht. Es ist dabei erforderlich, daß die Kranken nach der Operation lange Zeit und in nicht zu großen Intervallen kontrolliert werden.

Die schonendste der äußeren Operationsmethoden ist die Eröffnung des Kehlkopfes in der Mittellinie mit nachfolgender Ausräumung alles Krankhaften. Die Tamponkanüle wird dabei am zweckmäßigsten unmittelbar nach der Operation entfernt, überhaupt keine andere Kanüle eingeführt und die Tamponade der Kehlkopfhöhle bei der Nachbehandlung fortgelassen (Semon). Ergibt sich bei der Eröffnung, daß die Neubildung sich nicht mehr auf das eigentliche Kehlkopfinnere beschränkt, sondern schon auf das knorpelige Gerüst des Kehlkopfes übergegriffen hat, so muß die partielle Resektion gemacht oder die ganze Hälfte des Kehlkopfes entfernt, bei ausgedehnter Erkrankung die Totalexstirpation vorgenommen werden. Die ausgezeichneten Erfolge, welche Gluck zu verzeichnen hat, verdankt er vor allem den von ihm eingeführten Verbesserungen der Technik, die hauptsächlich darin bestehen, daß das distale Ende der resezierten Luftröhre knopflochförmig in die Haut eingenäht und eine grundsätzliche Trennung von Luftröhrenstumpf und Speiseröhre resp. Rachen durch eine Hautplastik angestrebt wird. Man kann im allgemeinen auf die Prothese eines künstlichen Kehlkopfes verzichten, da die meisten Pat. es lernen, sich durch Flüsterstimme verständlich zu machen. Immerhin bleibt die Totalexstirpation eine Mitleid erregende Verstümmelung.

Langemak (Erfurt).

---

10) E. v. Navratil. Über die Indikationen und Methoden der Operation des Kehlkopfkrebses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIV. Hft. 3.)

N. bespricht die einzelnen Methoden zur Entfernung eines Kehlkopfkrebses. Vor der partiellen wie vor der totalen Exstirpation des Kehlkopfes macht er die präventive Tracheotomia inferior, und zwar wenn möglich in zwei Sitzungen. Begonnen wird mit einem Längsschnitt, der gute Übersicht über das Kehlkopfinnere bietet und die Entscheidung ermöglicht, ob man sich mit einer Resektion begnügen kann oder die totale Exstirpation ausführen muß. An die Stelle des exstirpierten Kehlkopfanteiles wird ein gestielter Hautlappen eingesetzt, wenn die Verhältnisse es erlauben. Wird kein Lappen eingesetzt, so werden auch keine Nähte angelegt, sondern offen behandelt und mit Jodoformgaze tamponiert. Die Ernährung wird in den ersten Tagen durch eine Schlundröhre vorgenommen. Die Luftröhre wird zur Vermeidung von Schlundpneumonien an die Hautwunde genäht oder an der Durchschnittsstelle oberhalb der Kanüle durch Naht verschlossen.

Was die verschiedenen Methoden betrifft, so wurde die endolaryn-

geale Operation nur in den seltenen Fällen angewendet, wo der Krebs als inneres Karzinom in Gestalt kleinster Knötchen auftrat. Die Entfernung einzelner Teile des Kehlkopfes ohne Narkose und präliminare Tracheotomie ward dann ausgeführt, wenn sich der Krebs bei der Probeexzision als nicht verhornter Plattenepithelkrebs erwies, wenn er weder Fixation noch Metastasen erzeugt hatte und der zu exstirpierende Teil kleiner war als ein Drittel des Kehlkopfes. Auch diese Fälle waren selten. Tritt diese Karzinomform oder das Basalzellenkarzinom als innerer Krebs auf, hat sie noch keine Metastase erzeugt, muß aber mehr als die Hälfte des Kehlkopfes entfernt werden, so wird die eben genannte Operation in Narkose gemacht und die präventive Tracheotomie voraufgeschickt. Die Totalexstirpation ist indiziert im Anfangsstadium des verhornten Epithelioms und des medullaren Karzinoms und beim ausgebreiteten Plattenepithelkarzinom ohne Metastasen. Eine Kontraindikation für diese Totalentfernung des Kehlkopfes ist hohes Alter und ein ausgedehnter auf die Speiseröhre übergreifender äußerer Krebs, der sich mikroskopisch als verhornter Epithelialkrebs oder als Medullarkarzinom darstellt. Auch wenn keine metastatischen Drüsen vorhanden sind, hat hier der Eingriff keinen Nutzen mehr. Tritt bei diesen Fällen Dyspnoe ein, so soll man einen tiefen Luftröhrenschnitt anlegen. **Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

11) **C. Pfeiffer.** Die Darstellung der Trachea im Röntgenbilde, besonders bei Struma.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 716.)

An dem Materiale der v. Bruns'schen Klinik gelang es Verf., die schon vorher bekannte, aber noch nicht weiter beachtete Möglichkeit, die Luftröhre in guten Röntgenbildern sichtbar zu machen, für die Diagnose der Luftröhrenveränderungen bei Struma zu verwerten. Selbst bei sehr massigen Strumen läßt sich, wie die beigegebenen vorzüglichen Abbildungen beweisen, die Luftröhre in ihrer ganzen Länge im Röntgenbild erkennen. Alle Lage- und Formveränderungen kommen in vollendeter Weise zur Darstellung. Art, Sitz, Ausdehnung und Grad der Einengung, Verbiegung oder Verlagerung lassen sich in einer für den Pat. nicht belästigenden Weise, im Gegensatz zu den tracheoskopischen Methoden, sichtbar machen und fixieren. Von besonderem Wert ist die Methode für tiefliegende retrosternale und intrathoracale Kröpfe.

Zwei selten schöne und instruktive Präparate retrosternaler Strumen werden abgebildet. **M. v. Brunn** (Tübingen).

---

12) **Fischer.** Zur Diagnose der Kavernen bei Lungentuberkulose.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 5.)

F. behandelt diese ja auch den Chirurgen stark interessierende Frage in umfassender Weise und in klarer knapper Darstellung. Er teilt die Kavernensymptome ihrer Wertigkeit nach in vier Gruppen ein:

Erste Gruppe: Alle Erscheinungen des metallischen und amphorischen Widerhalls bei der Auskultation inkl. amphorischen Atmen, Gerhardt'scher, unterbrochener Wintrich'scher und einfacher perkutorischer Schallwechsel.

Zweite Gruppe: Rasselgeräusche bestimmter Lokalisation und Phaseneinstellung, unterbrochenes Bronchialatmen, metallische und amphorische Erscheinungen der Perkussion und der Stimmauskultation, Wintrich'scher Schallwechsel.

Dritte Gruppe: Klingende Rasselgeräusche, Distanzgeräusche, kontinuierliches Bronchialatmen, Bronchophonie, Geräusch des gesprungenen Topfes.

Vierte Gruppe: Verstärkter Stimmfremitus, tympanitischer Schall.

Gegen die regelmäßige Untersuchung hat Verf. zwei Einwände, einmal die Beschaffung und Handhabung des Apparates und zweitens den psychischen Eindruck einer Demonstratio ad oculos auf manche Kranke.

Ich sollte doch meinen, daß diese Punkte wenigstens für die Fälle, in denen man durch die Untersuchung eine Unterstützung für die Therapie erwarten darf, nicht von Belang sind.

W. v. Brunn (Rostock).

---

13) **C. de Géry** et **G. Froin.** Physiologie pathologique de l'hématome pleural.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 1.)

Die Frage nach der Gerinnbarkeit bezw. Gerinnung in den Pleuraraum ergossenen Blutes ist noch nicht endgültig beantwortet; während manche Autoren der Pleura eine die Gerinnung hindernde Fähigkeit zuschreiben, sind von anderen, z. B. nach Berstung von Aneurysmen, Blutgerinnsel im Brustfellraum gefunden worden. Verff. glauben, daß durch die Atembewegung das gleiche zustande kommt, als wenn man Blutgerinnsel im Glase schüttelt; die roten Blutkörperchen werden nicht mehr festgehalten in den Fibrinmaschen und durchsetzen die ganze Flüssigkeitssäule; die Gerinnsel selbst werden zerkleinert. So kommt es auch, daß man bei Punktion des Extravasats in verschiedener Höhe ungleichen Gehalt an roten Blutkörperchen findet.

Die Blutkörperchen selbst unterliegen einer vierfachen Art der Aufsaugung bezw. Auflösung; der Mikro- und Makrophagie, von denen die erste eine untergeordnete Rolle spielt, auch vielleicht auf falsche Deutung der Vorgänge hin hervorgehoben wurde; der Globulolyse; der Hämoglobinolyse, welche, obgleich von anderen bestritten, durch den Gehalt des Exsudats an Gallenfarbstoff bewiesen wird, und die Antiglobulolyse, welche unter gleichzeitigem Auftreten von eosinophilen Zellen als Mechanismus zur Verlangsamung des Zerfalles roter Blutkörperchen zustande kommt.

Die Resorption kann völlig fieberlos und auch mit Temperaturanstieg und erneuter Transsudation stattfinden unter Bildung von

Fibringerinnseln; die Untersuchung auf Mikroben bleibt dabei ergebnislos. Um bei größeren Blutergüssen dem entzündlichen Stadium, welches pleuritische Adhäsionen zur Folge haben würde, auszuweichen, empfiehlt es sich, zwischen 12.—15. Tage zu aspirieren.

Christel (Metz).

---

14) **Edington.** Thickening of the ribs in chronic empyema.

(Glasgow med. journ. 1905. Mai.)

E. beschreibt eine auffallende, durch Knochenneubildung entstehende Verdickung der Rippen bei vier Fällen von chronischem Empyem. Es handelte sich stets um die innere, nach dem Pleuraraume hin gewandte Oberfläche der Rippen. Auf dem Querschnitte hat die Rippe die Form eines Keiles mit der Spitze nach dem Pleuraraume hin; der neugebildete Knochen ist sehr dicht, hat nur wenig Spongiosa. Abbildung einer Anzahl von Querschnitten derartiger Rippen in verschiedenen Stadien der Ausbildung dieser Knochenneubildung.

W. v. Brunn (Rostock).

---

15) **M. Katzenstein.** Die Unterbindung der Aorta, ihre physiologische und ihre therapeutische Bedeutung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

Während frühere Chirurgen die Unterbindung der Aorta für eine unerlaubte Operation ansahen wegen der mit ihr verbundenen irreparablen Blutabsperrung von der unteren Körperhälfte, hatte Sonnenburg durch einen experimentellen Versuch nachgewiesen, daß ein Kollateralkreislauf sich binnen kurzem herstellen kann, und die Gefahr der Gangrän gering sei. K. hat diesen Versuch nachgeprüft und kam zu dem Resultat, daß dieses Versuchsergebnis nicht richtig ist, und daß wahrscheinlich eine vollständige Unterbindung der Aorta nicht ausgeführt wurde. Ein Tier konnte Verf. längere Zeit nach dem Eingriff am Leben erhalten und konstatieren, daß allmählich der enorm herabgesunkene Druck in der Femoralis wieder stieg, und zwar am meisten im Laufe des ersten Tages nach der Unterbindung. Die ursprüngliche Höhe des Druckes war nach 13 Wochen erreicht. Das Verschwinden des Pulses in der Femoralis auf längere Zeit spricht dafür, daß die Bahnen, auf denen sich der Kollaterallauf herstellt, Arterien kleinsten Kalibers und Kapillaren sind. Durch Injektion gelang es auch, anatomisch diese Bahnen am Versuchstier nachzuweisen. Die allerfeinsten Endarterien eines Gefäßgebietes erschienen dabei in Verbindung mit eben solchen eines anderen. Es spricht nichts dafür, daß diese Verbindungen allesamt vorgebildet sind. Jedenfalls müssen diese kleinsten Gefäße sehr ausdehnungsfähig sein. Die Erhöhung der Herztätigkeit ist die eigentliche Ursache der Entstehung des Kollateralkreislaufes; sie wird gemessen an der Erhöhung des allgemeinen Blutdruckes, und es gelingt stets nach einigen Tagen, wenn alle regulatorischen und blutdruckerniedrigenden Momente, wie sie größere Eingriffe mit sich bringen, weggefallen sind, die Erhöhung des

Blutdruckes um $^1/_3$ des Eigendruckes nachzuweisen. Die dadurch bedingte Mehrbelastung des Herzens bewirkt zunächst eine Dehnung des Herzens und eine Hypertrophie des linken Ventrikels.

Eine weitere Erforschung schien die Frage zu bedürfen, ob die Lähmungen der unteren Extremitäten und der Blase nach Aortenunterbindung durch eine infolge der Anämie des Rückenmarkes bedingte zentrale oder durch eine periphere Schädigung von Muskeln oder Nerven veranlaßt wird. K. kommt für den Hund, an dem er die Aorta oberhalb der Bifurkation unterband, zu dem Schluß, daß die Lähmungen peripherer Natur sind, weil eine anatomische Schädigung des Rückenmarkes nicht nachweisbar war und die Lähmungen vorübergingen; ferner weil die elektrische Leitungsfähigkeit der Muskeln vorübergehend stark beeinträchtigt war bei gleichzeitiger anatomischer Schädigung, und weil die Blase in den ersten Tagen so schwere Zirkulationsstörungen zeigte, daß sie mehrmals perforierte.

Aus der Zusammenstellung der in der Literatur veröffentlichten Fälle von Unterbindung der Aorta ergibt sich, daß alle derartig behandelten Pat. zugrunde gingen; und zwar ist der Tod mindestens durch den Eingriff beschleunigt, in mehreren Fällen aber durch ihn veranlaßt worden. Auch wird nach Ansicht des Verf. die Unterbindung der Bauchaorta zur Heilung eines peripher gelegenen Aneurysma keine Aussicht auf Erfolg haben, weil das letztere stets reichliche Anastomosen mit dem Blutkreislauf aufweist, die rasch einen Kollateralkreislauf herbeiführen würden, so daß nur bei technischer Ausführbarkeit die Exstirpation des Aneurysma einmal einen Erfolg bringen könnte. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

16) **I. Jianu** (Bukarest). Beiträge zur experimentellen Chirurgie der Bauchaorta.

(Spitalul 1905. Nr. 10.)

Verf. hat in weiterer Verfolgung der Experimente Balacescu's über Gefäßnaht Untersuchungen über Naht der durchschnittenen Bauchaorta beim Hunde angestellt und gefunden, daß ein Überleben unter den betreffenden Umständen möglich ist, obwohl oft infolge von Schädigung der Intima Thrombosen und Embolien, die zum Tode führen, vorkommen können.

Die Anordnung seiner Versuche war die, daß nach vorgenommener Laparotomie ein 5—6 cm langes Stück der Aorta abdominalis zwischen zwei Catgutfäden abgeschnürt wurde, der betreffende, nun blutleere Abschnitt durch einen Längsschnitt auf 3—4 cm eröffnet und letzterer dann durch fortlaufende Naht wieder geschlossen wurde. Hierzu wurden mit sterilisiertem Vaselin imprägnierte Fäden benutzt. Da auch durch die vorübergehende Abschnürung des Gefäßes Verletzungen der Intima möglich sind, welche später zu Blutgerinnungen Veranlassung geben können, hat J. eine eigene Abklemmungspinzette angegeben, mit welcher der angeschnittene Teil vom übrigen Gefäßrohre abgeschnürt, die Naht angelegt und hierauf die Zirkulation wieder

hergestellt werden kann. Die Zangenarme können mit Kautschuk umgeben werden, wodurch die Zusammenpressung des Gefäßes auf ein Minimum reduziert wird.

In praktischer Beziehung ist aus diesen Experimenten der Schluß zu ziehen, daß die Verletzung der Bauchaorta oder einer anderen großen Schlagader im Laufe einer Operation durch Naht wieder geschlossen und einer vollständigen Heilung zugeführt werden kann.

E. Toff (Braila).

Kleinere Mitteilungen.

17) **Köhler und Herxheimer.** Zur Röntgentherapie des Karzinoms.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Verff. behandelten eine Frau von 50 Jahren mit großem exulzeriertem Mammakarzinomrezidiv mit Röntgenstrahlen. Es wurden 18 intensive Bestrahlungen von je 10—15 Minuten Dauer mit 3—4tägiger Unterbrechung in der Weise vorgenommen, daß jedesmal nur 5markstückgroße Stellen den Strahlen ausgesetzt wurden. Der Erfolg war eklatant und die ganze ulzerierte Partie nach bereits 4 Monaten vollkommen überhäutet. Inzwischen war bei der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen noch eine Darmbeinmetastase erkannt worden, eine zweite in der Lunge.

Bei der Sektion — Pat. ging an allgemeiner Kachexie zugrunde — ergab sich folgender mikroskopische Befund an den bestrahlten Partien: Viele oberflächliche Stellen zeigten keine Karzinomzellnester mehr, dagegen Gebilde, die offenbar aus solchen entstanden waren und Übergänge der verschiedensten Degenerationsformen bis zur vollständigen Nekrose darboten. Im Vordergrunde stand eine Vakuolisierung des Protoplasmas mit Bildung hyaliner Kugeln — vogelaugenähnliche Gebilde nach v. Leyden. Entzündliche Erscheinungen waren nur in geringem Grade vorhanden. Die Tiefenwirkung war nur eine geringe ($^1/_2$ cm).

Verff. empfehlen, bei Brustkrebs stets eine Durchleuchtung des Brustkorbes vorzunehmen, um intrathorakale Metastasen zu erkennen, welche gegebenenfalls einen operativen Eingriff kontraindizieren dürften. Ferner könnten die Röntgenstrahlen vielleicht auch bei anderen Gelegenheiten, wo die Epidermis keine Neigung zeigt, zu proliferieren, als Reizmittel Verwendung finden.

Ihre Ansicht über die Röntgentherapie der Geschwülste fassen die Autoren dahin zusammen, »daß sie nur bei flachen, oberflächlichen, am besten bei exulzerierten Geschwülsten ohne Drüsenmetastasen mit Erfolg anzuwenden ist, bei Cancroiden und Ulcus rodens zuweilen mit idealem Resultate«.

Gaugele (Zwickau).

18) **Pusey.** The therapeutic use of X-rays, three years after.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. Mai 3.)

P. war einer der ersten, welche die Röntgenstrahlen als therapeutisches Mittel anwandten. Er gibt hier in kurzen Mitteilungen ausschließlich seine eigenen Erfahrungen, namentlich über die Dauer erzielter Heilungen. Technische Angaben sind nicht gemacht, ebensowenig ist die Literatur berücksichtigt.

Bei den meisten Hautkrankheiten hat Verf. in Übereinstimmung mit den meisten Dermatologen gute Erfolge erzielt. Hypertrichosis damit zu behandeln, widerrät er. Bei Sycosis, Acne, Acne rosacea, Hyperhidrosis manuum, veralteten Ekzemen und Pruritus hat er durchschnittlich sehr gute, dauernde Erfolge erzielt und in verhältnismäßig kurzer Zeit. Lupus erythematodes ist noch nicht ganz sicher, einige Male folgten Rezidive, im ganzen ist auch diese Krankheit erfolgreich behandelt. Pigmentierte und behaarte Muttermäler in größter Ausdehnung sah P. verschwinden, ohne daß Dermatitis entstand; auch bei Keloid erzielte er gute Erfolge, die Narben wurden nach der Bestrahlung schmal, weiß und ver-

schieblich. Bei Lupus vulgaris hat er sehr gute Erfolge gehabt; er stellt die Röntgenbehandlung über die Finsenbehandlung, weil sie gestattet, größere Flächen in Arbeit zu nehmen, die Schleimhaut und auch tiefer liegende Knoten mit beeinflußt. Bei tuberkulösen Drüsen am Halse hat P. in einigen verzweifelten Fällen mit vielen Abszessen guten Erfolg gesehen, in anderen versagte aus unbekannten Gründen das Verfahren gänzlich. Tuberkulöse Gelenke wurden vielleicht beeinflußt, ebenso tuberkulöse Peritonitis. Bei einem tiefen, geöffneten, sekundär infizierten, kalten Abszeß (Ausgangspunkt nicht genannt) über der Symphyse, der gegen jede andere Behandlung unempfänglich war, erzielte er vollen Erfolg. Blastomykose der Haut in sechs Fällen wurde unterschiedslos geheilt, es kam außer der Bestrahlung noch Jodkali zur Anwendung, ebenso bei einem ebenfalls günstig verlaufenen Falle von Aktinomykose (Diagnose nicht mikroskopisch! Ref.). Hautkarzinome, sofern sie oberflächlich sitzen, vor allen Dingen das Ulcus rodens, sind mit Röntgenstrahlen leicht und dauernd zu heilen. Besonders die ungünstig für Operation gelegenen und inoperabeln derartigen Geschwülste sind das dankbarste Feld für therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen. Bei tiefer greifenden, namentlich ins Innere der Augenhöhle eingedrungenen derartigen Karzinomen sah Verf. nur Teilerfolge, immerhin große Erleichterung und längere Erhaltung des schwer bedrohten Auges. Die Lippenkrebse lassen sich zum Verschwinden bringen, jedoch ist die Dauerheilung unsicher; Operation, wenn möglich, vorzuziehen. Die Vorläufer von Haut- und Zungenkrebs, senile Keratose und Leukoplakie, hat Verf. erfolgreich behandelt, Leukoplakie reagiert aber nicht immer auf die Bestrahlung. Metastatische Karzinome am Halse sind nicht mit Sicherheit zu heilen. Gemischte Parotisgeschwülste sind teilweise oder ganz nach der Bestrahlung geschwunden, aber noch in Behandlung. Rezidivierte Karzinome der Brust hat P. in großer Zahl behandelt. darunter, wie nicht anders zu erwarten, bei dem verzweifelten Zustande, in dem ihm die Pat. überwiesen wurden, eine ganze Reihe Mißerfolge gehabt. Andererseits hat er aber viele Fälle zu verzeichnen, in denen die Kranken von der lokalen Erkrankung befreit wurden, das Leben ohne Beschwerden noch Monate bis über 2 Jahre genießen konnten, ehe sie an inneren Metastasen zugrunde gingen. Verschiedene Beispiele derart sind angeführt. Bei einigen hält die Heilung seit fast 3 Jahren stand. Primäre Mammakarzinome rät er nur wenn absolut inoperabel zu bestrahlen. Auch dann hat man noch manchmal überraschenden Erfolg. Bei Speiseröhren- und Gebärmutterkrebs erzielte er vorübergehende Erfolge, bei letzteren wurde große Erleichterung durch Aufhören des Vaginalausflusses in allen Fällen erzielt. Sarkom wird in ähnlicher Weise wie Karzinom beeinflußt. Prophylaktische Bestrahlung der Narbe nach Entfernung bösartiger Geschwülste hat P. umfangreich ausgeübt; er hält gute Wirkung, Verzögerung oder Unterdrückung lokaler Rezidive durch sie für sicher, ohne ein endgültiges Urteil darüber abzugeben. Daß durch die Bestrahlung der Entstehung von Metastasen, etwa durch Losreißen von Geschwulstpartikeln, die in die Blutbahn gelangen, Vorschub geleistet wird, hat er nie beobachtet. Über Leukämiebehandlung gibt er das gleiche Urteil ab wie auch alle deutschen Beobachter: Besserung, aber keine Heilung. Interessant ist, daß P. schon vor längerer Zeit Kropf mit Röntgenstrahlen behandelt hat; er berichtet über eine Heilung, die mehr als 18 Monate zurückliegt.

Im ganzen muß man die Mitteilungen als wichtigen Beitrag zur Röntgentherapie begrüßen, da die Beobachtungen augenscheinlich an großem Material und von demselben Beobachter gemacht sind. Wenn 3 Jahre auch noch eine recht kurze Zeit sind, so läßt sich doch aus den fast solange währenden Heilungen der Schluß ziehen, daß mindestens ein Teil davon noch länger bestehen bleiben wird.

Trapp (Bückeburg).

19) **B. Lönnqvist.** Über die Behandlung von Lupus mit Röntgenstrahlen.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVI. p. 239.)

Zuerst gibt Verf. eine gedrängte Übersicht über die im Augenblicke konkurrierenden Hauptmethoden der Behandlung, die nach Röntgen und diejenige nach

Finsen; dann folgen Krankengeschichten, und zuletzt gibt Verf. wertvolle therapeutische Winke in der Epikrise. In acht Fällen der Helsingforser Klinik ist völlige Heilung erzielt worden, in zwei war die Krankheit fast vollständig beseitigt, und in zwei wurde eine bedeutende Besserung konstatiert. Komplikationen mit Dermatitiden entstanden in drei Fällen, die jedoch unter Pinselungen mit Thiolum liquidum bald heilten; in vier Fällen traten phlyktänuläre Conjunctivitiden auf; sie heilten nach Unterbrechung der Bestrahlung in 3—4 Wochen. Pyrogallussalbe, Jodjodkaliumpinselungen, Galvanopunktur und andere Adjuvantia sind bei der Behandlung absichtlich vermieden, um die Wirkung der Strahlen soweit als möglich isoliert beobachten zu können.

Es scheint die Behandlung mit Röntgenstrahlen sich immer weiter auszubreiten, daneben aber die Finsen'sche Methode — und zwar mit Recht — einen noch größeren Umfang zu gewinnen. Die Röntgenstrahlen stehen bei ihrer weit häufigeren Anwendung besonders in diagnostischer Beziehung leichter zur Disposition, auch sind sie weniger kostbar als die Finsenbehandlung.

Hansson (Cimbrishamn).

20) **M. Einhorn.** Beobachtungen über Radium.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 1.)

Verf. schildert kurz Methodik und diagnostischen Wert der Radiumdurchleuchtung innerer Oorgane und bespricht neun Fälle von Speiseröhrenkrebs, von denen sechs durch methodische Durchleuchtungen (0,25 Curie's Radium wird in einer Hartgummiolive, die mit einer Sonde verbunden ist, in die Speiseröhre eingeführt) günstig beeinflußt wurden, indem die Strikturen wieder durchgängiger wurden. Bei frühzeitiger Behandlung hält Verf. Heilung nicht für ausgeschlossen.

K. Schultze (Bonn).

21) **Bryant.** Epidural abscess.

(Post-graduate 1905. p. 591.)

Ein in einer Eisengießerei beschäftigter Arbeiter erkrankte im Anschluß an Influenza an einer akuten Mittelohrentzündung mit profuser Eiterung; während der Warzenfortsatz unverändert blieb, wurde in kurzer Zeit der Schädelknochen dahinter in der Ausdehnung eines Silberdollarstückes total zerstört. Durch Operation wurde ein epiduraler Abszeß an dieser Stelle freigelegt, die Wunde bis auf eine kleine Drainageöffnung genäht, und binnen 2 Wochen völlige Heilung mit gutem Hörvermögen erzielt. **W. v. Brunn** (Rostock).

22) **M. Simmonds.** Über Angioma racemosum und serpentinum des Gehirnes.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 280.)

Mitteilung über zwei arterielle Angiome des Gehirnes, die sich dadurch voneinander unterscheiden, daß im ersten Falle die Neubildung sich auf einen ganzen Arterienbaum erstreckte, im zweiten auf den Stamm der Arterie beschränkt blieb. Für letztere empfiehlt Verf. die Bezeichnung: Angioma arteriale serpentinum. Erstere faßt er als Angioma racemosum auf. Nach einer kurzen Literaturübersicht — es werden fünf Fälle von Angioma racemosum zusammengestellt, während sich über das Angioma arteriale serpentinum keine Notizen in der Literatur vorfanden — wird zunächst kurz das klinische und anatomische Verhalten des Angioma recemosum geschildert. Es fand sich bei einer 45jährigen Frau, die seit ihrer Kindheit an Krämpfen gelitten hatte. Seit 20 Jahren hatten diese erheblich zugenommen. Bei ihrer Aufnahme klagte sie über heftige Kopfschmerzen, die Sprache war lallend, der linke Facialis paretisch; sie erlag einem schweren epileptischen Anfalle. Die Autopsie zeigte am rechten Hinterhauptlappen eine Verdickung der Pia, die besetzt war mit enorm geschlängelten, stark erweiterten, vielfach von Ampullen unterbrochenen Gefäßen. Der Prozeß setzte sich auch in das Innere des Hinterhauptlappens fort; man traf hier auf dem Durchschnitte zahlreiche Quer- und Längsschnitte ektatischer Gefäße, zwischen denen stellenweise kaum noch etwas

Hirnsubstanz erkennbar war. Die Gefäße der übrigen Hirnoberfläche und der Basis waren normal. Die histologische Untersuchung — im Original nachzulesen — weist nach, daß die starke Ektasie und Schlängelung der Gefäße nicht als Effekt einer Gefäßwanderkrankung anzusehen ist, sondern auf einer Neubildung von Gefäßelementen beruht. Aus dem Bestehen der epileptischen Krämpfe seit früher Kindheit wird eine kongenitale Bildung des Angioms angenommen.

Das Angioma arteriale serpentinum fand sich bei einem 53jährigen Manne, der mit 30 Jahren eine Apoplexie erlitten und eine Parese der rechten Körperhälfte zurückbehalten hatte. Am Tage vor seinem Tode klagte er über Schwindel, wurde plötzlich bewußtlos und starb unter den Zeichen einer Apoplexie. Bei der Autopsie fand sich in der Gegend der rechten Zentralwindung ein kindsfaustgroßer, mit frischem Blut und Gerinnseln erfüllter Herd, der in den rechten Seitenventrikel durchgebrochen war und die angrenzende Hirnsubstanz des Stirn-, Scheitel- und Schläfenlappens in großer Ausdehnung zerstört hatte. Mit diesem Herde direkt in Verbindung stand ein etwa haselnußgroßer, dünnwandiger, geplatzter Sack, der einem dicht unter der Pia gelegenen, größeren Gefäß anhaftete. Das Gefäß war etwa federspuldick, geschlängelt und zeigte in seinem Verlaufe noch mehrere klei nere Ausbuchtungen. Dann folgte ein walnußgroßes Paket stark geschlängelter, ektatischer, mit bohnengroßen und etwas kleineren Säcken versehener Gefäße, deren Wandung verdickt, an einigen Stellen aber auch verdünnt erschien. Aus diesem schlangenförmigen Gewirr führte endlich ein größeres Gefäß wieder heraus. Der weitere Verlauf des Gefäßes bot ebensowenig Besonderes dar, wie die anderen Arterien der Hirnoberfläche und Basis. Auf Grund der histologischen Befunde, die im Original einzusehen sind, handelte es sich auch hier nicht um einfache Verlängerung und Erweiterung des Gefäßes, sondern um eine wirkliche Neubildung, ein Angiom. Ob auch letzteres als kongenital aufzufassen ist, wird vom Verf. nicht mit Sicherheit entschieden; doch läßt die lange Zeit, die zwischen dem Auftreten der ersten und letzten Apoplexie — 20 Jahre — verstrichen ist, den Schluß zu, daß auch vor dem ersten Schlaganfalle die offenbar langsam wachsende Geschwulst schon viele Jahre, also schon von Jugend an, bestanden habe. Epileptische Anfälle haben bei dieser Geschwulst im Gegensatze zum Angioma racemosum, bei dem sie bisher stets beobachtet sind, gefehlt. **Doering** (Göttingen).

23) **R. Alessandri.** Tubercolo solitario della regione rolandica.

(Policlinico. Ser. chir. 1905. Nr. 6.)

Neben Knietuberkulose bestehen Anfälle Jackson'scher Epilepsie, welche mit Aura in den ersten drei Fingern der rechten Hand begannen und nacheinander Streckkontraktur dieser Finger, Beugung des Vorderarmes, manchmal auch noch des Facialis und des Beines und dann zugleich Bewußtseinsverlust zeigen. Keine Lähmung. Sie bestehen seit 6 Monaten bei einem Pat. von 31 Jahren.

Die linken Zentralwindungen wurden freigelegt. Es fand sich auf die Ausdehnung eines 10-Centesimostückes ein haselnußgroßer Tuberkel, nicht mit der Dura verwachsen, leicht ausschälbar, neben der Mittellinie, also nicht an der normalen Stelle des Armzentrums, sondern der der Unterextremität.

Es folgte eine Lähmung des rechten Armes und Parese des Beines, motorische Aphasie für 16 Tage und Worttaubheit leichten Grades.

Ein letzter Anfall trat nach $^1/_4$ Jahr auf, seitdem nicht mehr; die Lähmungen verschwanden allmählich. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

24) **Lewis.** Hyperplasia of the chromophile cells of the hypophysis as the cause of acromegaly, with report of a case.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1905. Mai.)

Der eingehend beschriebene Fall betrifft einen 46jährigen deutschen Arbeiter, der an einer Hirnhämorrhagie plötzlich starb. Bei der Sektion fand sich als Grundlage für die bestehende geringgradige Akromegalie zwar makroskopisch an der Hypophysis nichts Besonderes, mikroskopisch aber eine Hyperplasie, ganz be-

sonders der chromophilen Zellen. Der Befund bildet also eine Stütze der Theorie, wonach die Akromegalie auf exzessiver Funktion der drüsigen Elemente des vorderen Lappens der Hypophysis beruht.

Zwei Röntgenogramme von Hand und Fuß, ferner eine Abbildung vom Querschnitte des Gehirns und ein Mikrophotogramm sind beigegeben.

W. v. Brunn (Rostock).

25) **Hansell.** Pulsating exophthalmos; successive ligation of both common carotid arteries; death.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. Februar 18.)

26) **Posey.** Intermittent exophthalmos with report of a case.

(Ibid.)

Bei H.'s Pat. war am Tage nach einem die Gegend zwischen rechtem innerem Augenwinkel und Nasenrücken treffenden heftigen Schlag ein Geräusch in der linken Kopfseite aufgetreten, das sich mit der Zeit verstärkte. 2 Wochen später trat der Exophthalmus auf. Bei der Aufnahme fand sich nach außen unten vorspringender, pulsierender linker Augapfel, eine stark geschlängelte Vene im Oberlide, stark injizierte Sklera bei gesundem innerem Auge. Die Bewegungen waren beschränkt, der leicht reponible Bulbus fiel sofort in die alte Lage. Das Geräusch konnte leicht mit dem Stethoskop von jedem Teile des Schädels aus wahrgenommen werden. Während der Ligatur der Arterie wurde im Augenhintergrunde das Zusammenfallen und Verschwinden der Retinalarterien beobachtet. Da schon bald nach der ersten Operation Rückfall mit Verschlechterung — Retinalblutungen, starkes Geräusch und Exophthalmus — eintrat, wurde 6 Wochen nach der Unterbindung der linken auch die rechte Carotis ligiert. Am 2. Tage setzte allmählich zunehmende Bewußtlosigkeit ein, der halbseitige Lähmung und Krämpfe folgten, denen sie 4 Tage nach der Operation erlag.

Wahrscheinlich lag ein arterio-venöses Aneurysma im Sinus cavernosus vor. Den Mißerfolg schreibt Verf. mangelhafter Blutgerinnung, den Tod der schon 6 Wochen nach der ersten vorgenommenen zweiten Carotisunterbindung zu; der Kollateralkreislauf hatte keine Zeit, sich so bald ausreichend herzustellen.

Schon seit dem 4. Lebensjahre waren bei dem 21jährigen Pat. P.'s leichte Schwellung des linken Auges, die sich bei Vorwärtsneigen vergrößerte, bemerkt worden. Willkürlich konnte Pat. durch Atemanhalten den Augapfel vordrängen. Bei längerem Bücken oder stärkerer allgemeiner Muskelanstrengung schwoll auch die Umgebung des Auges, Ober- und Unterlid und die Venen dieser Gegend an, während bei ruhigem Sitzen kein Unterschied zwischen beiden Augen bemerklich war. Bei Nachlassen des Druckes sank das Auge schnell zurück und ließ sich noch weiter in die Augenhöhle hineindrücken als das andere. Die Richtung des Vordrängens war gerade, der Augenhöhlenachse entsprechend. Im Augenhintergrunde zeigen sich außer der Stauung während des Vorgetriebenseins des Augapfels keine Abweichungen. In der Gegend der Thyreoidea und in der linken Nasenhälfte ebenfalls währenddessen Zeichen von Stauungshyperämie. Durchleuchten des Gesichtes vom Mund aus während der Protrusio bulbi läßt die linke Seite dunkler erscheinen als die rechte, die aber auch erheblich dunkler wird als vorher. Ohne die Stauung sind beide Seiten gleich und normal.

Wahrscheinlich handelt es sich um variköse Zustände innerhalb beider Augenhöhlen und im Gebiete der Nasenvenen, links stärker ausgesprochen. Von operativer Behandlung wurde abgesehen. Verf. schlägt vor, unter Umständen zunächst Elektropunktur zu versuchen, bei stärkerer Ausbildung Exstirpation mit Zuhilfenahme der Krönlein'schen Orbitalfreilegung. **Trapp** (Bückeburg).

27) **R. Chernbach.** Riesiges Angiom der linken Ohrmuschel. Ligatur der linken Art. carotis communis. Heilung.

(Spitalul 1905. Nr. 9.)

Das betreffende Angiom war über die ganze linke Ohrmuschel ausgebreitet, die eine dreifache Größe als normal erlangt hatte. Da die zeitweilig auftretenden

profusen Blutungen die Pat. sehr schwächten, unterband C. die Carotis in der Höhe des Zungenbeines. Die Unterbindung blieb ohne jegliche unangenehme Nebenerscheinung, die Ohrmuschel kam fast auf normale Größe.

E. Toff (Braila).

28) **Edmunds.** A note of rhinitis caseosa.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 28.)

Ein Fall, in dem aus der Nasenhöhle ein käsiger, freiliegender Pfropf entfernt wurde, von gelblicher Farbe, fäkulentem Geruch, ohne nachweisbare Fettbeimengung, mit geringen Mengen Cholesterin, beträchtlichem Aschenrückstand von Kalziumphosphat. Mikroskopisch bestand die Hauptmasse aus Kristallnadeln von Kalziumphosphat, eingebettet in einer Detritusmasse, in der man weder Epithelien noch sonst organische Bestandteile nachweisen konnte. Bei Besprechung der Ätiologie schließt E. gemäß der Untersuchung und dem klinischen Verlaufe die Tuberkulose aus, ebenso das Cholesteatom wegen der Abwesenheit von Epithelien; unwahrscheinlich erscheint ihm ferner die Erklärung als eingedickter Eiter, weil nie Eiterfluß bestanden hatte. Er stellt den Fall vermutungsweise in Analogie mit denen, wo man einen chronischen Katarrh in der Gallenblase mit Bildung von Kalziumphosphat und Cholesterin findet. **W. Weber** (Dresden).

29) **Böger.** Ein Fall von Malum suboccipitale rheumaticum.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall einer rheumatischen Polyarthritis, der im späteren Verlaufe mit Schmerzen und Infiltration des Nackens kompliziert war. Kopf und Wirbel, speziell die Dornfortsätz, sind nicht druckempfindlich. Die aktiven Bewegungen des Kopfes um die vertikale Achse sind aufgehoben, passiv sind sie in ganz geringem Umfange möglich. Rückwärtsstreckung, seitliche Neigung des Kopfes gegen die Schulter sind ebenfalls beschränkt, während die Annäherung des Kinnes an die Brust erleichtert erscheint. Die Untersuchung durch den Mund zeigt den zweiten gegen den ersten Halswirbel zurückgewichen. Das Röntgenbild bestätigt dieses und ergibt zugleich eine Abweichung des Zahnfortsatzes nach links. Die Bewegungsstörungen entsprechen demnach den veränderten mechanischen Verhältnissen; besonders die vom Atlas um den Zahnfortsatz ausgeführten Drehbewegungen sind verloren gegangen.

Nach einer mehrwöchigen Extensionsbehandlung bei rückgebeugtem Kopf und nach dem Tragen eines Stützapparates (Halskrawatte) verschwanden die Schmerzen.

Verf. ist geneigt, dieses Krankheitsbild als eine rheumatische Erkrankung der Gelenke zwischen Hinterhaupt, erstem und zweitem Halswirbel anzunehmen, die zu einer Lockerung des Bandapparates mit einer Subluxation des Atlas nach vorn geführt hat. **Hartmann** (Kassel).

30) **Beduschi e Jordini.** Contributo all' anatomia patologica della spondilosi rizomelica ed all' etiologia delle cavità midollari.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 2.)

Verff. publizieren einen längere Zeit beobachteten Fall von Bechterew'scher Erkrankung, welcher zur Autopsie kam. Es fanden sich ausgedehnte Verknöcherungen der Ligg. flava und interspinosa, der Kapseln der Gelenke der hinteren Bögen und der Rippenquerfortsatzgelenke. Das Lig. longitudinale anticum ist normal, die Zwischenwirbelscheiben unverändert. In den Hüftgelenken chronische Arthritis, Knorpelschwund. Ausgedehnte hämorrhagische Herde mit Höhlenbildung im Mark.

Verff. glauben sich zu folgenden Schlüssen berechtigt: Eine Ankylose der Wirbelsäule kann von einer Starre der dem Rumpfe benachbarten Gelenke begleitet sein, so daß das klinische Bild einer Spondylosis rhizomelica entsteht, ohne daß eine Ankylose der Gelenke selbst besteht; vielmehr beruht die Steifheit der-

selben, abgesehen von arthritischen Prozessen, auf Muskelkontraktur, welche die Schmerzen bei Bewegungen vermeidet. Das Syndrom »Spondylosis rhizomelica« ist der Ausdruck einer chronischen Arthritis, die mit Veränderungen des Rückenmarkes zusammentreffen kann. Diese sind jedoch späteren Charakters. Die Höhlenbildungen infolge von Blutungen im Rückenmarke gehen aus von symmetrischem Schwunde der grauen Vorderhörner und liegen daher symmetrisch.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

31) **Renton.** Cases of laminectomy.

(Glasgow med. journ. 1905. Juli.)

Zwei durch Laminektomie geheilte Fälle von Wirbeltuberkulose; der eine betraf einen 8jährigen Knaben, der andere einen Erwachsenen. In beiden Fällen hatte totale Paraplegie der unteren Extremitäten bestanden. Beide sind imstande, wenn auch mit Stützkorsett, umherzugehen. **W. v. Brunn** (Rostock).

32) **F. Meyerowitz.** Über Skoliose bei Halsrippen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 46.)

Die Arbeit bringt fünf neue Beobachtungen von Skoliose bei gleichzeitigem Befunde von Halsrippen im Röntgenbilde aus der Garrè'schen Klinik und berichtet kurz über zwei weitere von Ranzi veröffentlichte Fälle. Daß ein Zusammenhang dieser von Garrè zuerst beschriebenen Art der Skoliose mit den gleichzeitig vorhandenen Halsrippen besteht, hält Verf. für sicher. Mit Garrè nimmt er an, daß es wahrscheinlich mechanische Momente sind, die bei größeren und auch bei kleineren Halsrippen die Skoliose verursachen. Gegen die von Helbing aufgestellte Reflextheorie verhält er sich ablehnend.

M. v. Brunn (Tübingen).

33) **Försterling.** Beitrag zur Ranulafrage.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

Verf. glaubt an Hand der in der Literatur publizierten Fälle von Halscysten nachweisen zu können, daß die aus dem Tractus thyreoglossus stammenden Cysten doch nicht so zu den größten Seltenheiten gehören, wie dies v. Hippel annimmt. Er selbst vermehrt die Zahl derartiger Fälle um einen neuen bei einem $^1/_2$jährigen Kinde, bei welchem sich die Geschwulst nach Inzision der Schleimhaut vom Mund aus leicht ausschälen ließ.

Nach der mikroskopischen Untersuchung handelt es sich um zwei ineinander liegende Cysten von verschiedener Beschaffenheit, um eine Flimmerepithelcyste und, in deren Wandung eingebettet, um eine Plattenepithelcyste. Die erstere stammte nach Lage und Befund aus dem Tractus thyreoglossus resp. seinen Ausläufern, den Bochdalek'schen Schläuchen. Die Plattenepithelcyste, die nach Aussehen und Inhalt den Eindruck eines Dermoids machte, hält F. für eine Bildung des Ektoderms. Allerdings bleibt es dabei auffällig, daß sich in so unmittelbarer Nachbarschaft zwei so verschiedene Bildungen vollzogen haben, die auf ganz verschiedenen Stufen der Entwicklung stehen geblieben sind.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

34) **Butlin.** Removal of the contents of the anterior triangle of the neck in cases of malignant disease of the tongue.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 11.)

Die Erfahrungen, daß auch den kleinsten Epitheliomen der Zunge nach der Exstirpation bald große Lymphdrüsenmetastasen folgen können, wie B. an einem sehr lehrreichen Falle seiner Tätigkeit nachweist, zwangen ihn zur grundsätzlichen Ausräumung von Fett, Fascie und allen Drüsen des vorderen Halsdreieckes in jedem Falle von bösartiger Erkrankung der Zunge. Greift die Zungengeschwulst oder das Geschwür über die Mitte der Zunge hinaus, so werden beide vordere Halsdreiecke ausgeräumt. Alle Drüsengruppen dieser Gegend — die submentalen, sub-

maxillaren, parotidealen, carotidealen mit Einschluß jener oft erkrankten Einzeldrüse an der Teilungsstelle von Carotis interna und externa — erreicht man gut und übersichtlich mit einem Längsschnitt in ganzer Ausdehnung des vorderen Sternocleidorandes, auf dessen Mitte ein senkrechter Schnitt zum Kinne geführt wird. Die beiden so entstehenden dreieckigen Lappen — nur aus Haut bestehend — werden zurückpräpariert, und nun vom untersten Winkel beginnend, Fascie, Fett und Drüsen, wenn möglich im Zusammenhange, so gründlich entfernt, daß die Muskeln, großen Gefäße, Nerven und Speicheldrüsen ohne Bedeckung frei zutage liegen. In 7 Jahren hat Verf. 28 solche Operationen ausgeführt mit vier Todesfällen. Von 14 Fällen erhielt er später Nachrichten: vier von ihnen waren an Drüsenmetastasen ohne lokales Rezidiv zugrunde gegangen, zehn befanden sich seit 3 und mehr Jahren nach der Operation wohl. **W. Weber** (Dresden).

35) **P. Mendes.** A propos des anévrysmes carotidiens.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 4.)

Mitteilung zweier neuerdings operierter Fälle von Aneurysmen der Carotis, ohne Narkose, mit Exstirpation des Sackes ohne ernstere Komplikation außer etwas Myosis auf dem gleichseitigen Auge, und mit prompter Heilung. Man wendet gegen die Exstirpation des Aneurysmasackes mancherlei ein — zuerst die technischen Schwierigkeiten, dann die mehrfachen recht ernsten Folgen, die der Unterbindung der Carotis selbst zur Last fallen; in fast $^1/_4$ der Fälle stellen sich solche ein: Kollaps, Hemiplegie, Kopfweh, Lähmungserscheinungen im Vagusgebiet; in $^1/_4$ derselben führen sie zum Tode. Man wird deshalb vorsichtig in der Indikationsstellung sein müssen und Leute von über 60 Jahren ausschließen.

Besonderen Wert legt M. auf die vorausgehende Unterbindung des zentralen Endes, wodurch die Gefahr der Blutung während der Ablösung des Sackes vermieden wird, von dem mitunter fest mit wichtigen Organen verwachsene Teile ganz im Zusammenhange mit diesen belassen und zurückbleiben müssen.

Christel (Metz).

36) **C. Beck.** Über die Kombination von Exzisions- und Röntgentherapie bei Morbus Basedowi.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

Da eine fehlerhafte chemische Aktivität der Schilddrüse als Ursache der Basedowerscheinungen von den meisten Forschern angenommen wird, ist die operative Therapie häufig angewandt worden; die schweren Zustände, welche aber in $^3/_4$ aller Fälle nach der Operation beobachtet wurden, ließen es wünschenswert erscheinen, das an sich erfolgreiche Verfahren zu verbessern. B. hat deshalb bei zwei mit halbseitiger Exzision behandelten, gebesserten, aber nicht geheilten Fällen 13 und 18 Monate nach der Operation Röntgentherapie angewandt und eine günstige Beeinflussung der Nervosität und Tachykardie konstatieren können. In einem dritten genauer beschriebenen Falle wurde die Röntgenbestrahlung sofort nach vollendeter Wundheilung begonnen. Schon nach zwei Sitzungen von 5 und 10 Minuten Dauer ging der Puls von 198 auf 120 herunter. Nach einigen weiteren Sitzungen mußte wegen Dermatitis ausgesetzt werden. Der Puls ging auf 80 Schläge herunter, der Exophthalmus schwand fast völlig, und das Allgemeinbefinden wurde vortrefflich. Nach ca. 5monatiger Behandlung, während welcher jede Woche eine 5 Minuten lange Bestrahlung vorgenommen wurde, war von der zurückgebliebenen Schilddrüsenhälfte nichts mehr zu entdecken.

Verf. will durch Mitteilung dieses Falles zu weiteren Nachprüfungen anregen.

Langemak (Erfurt).

37) **Roepke.** Das Tuberkulin in der Behandlung der Kehlkopftuberkulose.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 1.)

R. spricht zunächst über verschiedene Methoden der Therapie der Kehlkopftuberkulose und über das Verhältnis der Kehlkopf- zur Lungentuberkulose.

In einem Fall ausgeprägter Lungen- und schwerer Kehlkopftuberkulose, wo die lokale Therapie nur den Zustand verschlechterte, wurde mit Tuberkulinbehandlung völlige Heilung erzielt, die jetzt, nach 2 Jahren, als eine dauernde zu betrachten sein dürfte. **W. v. Brunn** (Rostock).

38) **Pringle.** Remarks on the treatment of empyema.
(Brit. med. journ. 1905. April 15.)

Das Eigenartige seines Verfahrens bei einfachem, frischem Empyem besteht darin, daß er möglichst bei der Rippenresektion schon, sonst, sobald der Zustand des Kranken es erlaubt, die Verwachsungen zwischen den Pleurablättern mit dem Finger oder Sonden löst, damit die Lunge sich wieder ausdehnen kann. Bei Kindern namentlich gelingt es oft, sie bald wieder zur vollen Entfaltung zu bringen. Frühzeitige Atemübungen sind vorzunehmen. Bei chronischem Empyem mit starker Schwartenbildung reseziert er nicht die ganze Thoraxwand nach Schede, sondern reseziert von der 2.—9. Rippe ein Stück vom Sternalende (Estlander'sche Operation). Genügt dies nicht, um nach einiger Zeit die Pleurablätter zusammen zu bringen, so fügt er entsprechende Ausschnitte auch am Vertebralende hinzu. Jedesmal muß der Kranke längere Zeit auf der kranken Seite liegen. In sehr veralteten Fällen genügt manchmal auch dies nicht. Dann zieht er das zentrale Stück der 2., 7., 8. und 10. Rippe heraus, indem er mit langem Elevatorium das Periost lockert und den Knochen mit der Löwenmaulzange herauszieht. Die verdickte Pleura parietalis wird jedesmal soweit wie möglich abgetragen und die Schwarten von der Lunge abgeschält. **Trapp** (Bückeburg).

39) **A. Neumann.** Zur Behandlung der Herzverletzungen.
(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 21.)

Verf. hat sich, nach vergeblichem Versuche, bei einem 53jährigen Stichverletzten die Wunde an der Vorderwand des rechten Ventrikels zu nähen, derart geholfen, daß er eine mit Seide armierte Nadel erst linkerseits durch den Rand der Herzbeutelwunde und durch den Rand der Herzmuskelwunde von außen nach innen einstach und rechterseits die Nadel durch den rechten Rand der Herzmuskelwunde und durch den rechten Rand der Herzbeutelwunde wieder nach außen führte und dann die Fadenenden über einen auf das Perikard von außen aufgelegten Tupfer knüpfte.

Wenn auch in diesem Falle der tödliche Ausgang nicht aufgehalten wurde, so glaubt N. doch, dieses Verfahren in ähnlich verzweifelten Fällen, namentlich wenn es sich um alte Leute mit myokarditisch veränderter Herzwand und um Verletzungen am rechten Ventrikel handelt, empfehlen zu können, weil die Blutung zum Stehen gebracht wurde.

Nach den Erfahrungen im Friedrichshain an Stichverletzungen des Herzbeutels und des Herzens warnt N. vor primärer Naht des Herzbeutels wegen der Gefahr der eitrigen Perikarditis. Die Drainage des Herzbeutels hält er nicht für gefährlich; er sah einen Pat. gesunden, bei welchem er erst 12 Tage nach der Operation das letzte Ende des langen, um das Herz herum gelegten Jodoformstreifens entfernte. Symptome, die für eine Verwachsung der Perikardblätter als pathognomonisch gelten, waren bei dem Pat. nie nachzuweisen; derselbe ist seit 8 Jahren beschwerdefrei. **Langemak** (Erfurt).

---

77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran

24. bis 30. September 1905.

18. Abtheilung: Chirurgie.

Angekündigte Vorträge:

1. *Albers-Schönberg-Hamburg. Ausstellung von Röntgenbildern.*
2. *von Bramann-Halle a. S. Über kongenitale Schulterluxationen.*

3. *Brenner-Linz. a) Erfahrungen über die operative Behandlung des Ulcus callosum.*
   b) Über die Radikaloperation der Leistenhernien.
4. *Bum-Wien. Über Muskelatrophie nach Gelenkverletzungen und -Erkrankungen.*
5. *Clairmont-Wien. Thema vorbehalten.*
6. *Freiherr von Eiselsberg-Wien. Thema verbehalten.*
7. *Englisch-Wien. Über spontane Zertrümmerung der Harnsteine in der Blase.*
8. *Gottstein-Breslau. Über die Diagnose und Therapie der Fremdkörper in den Bronchien und ihre Entfernung auf bronchoskopischem Wege.*
9. *Graser-Erlangen. a) Technisches und Klinisches aus dem Gebiete der Magenoperationen.*
   b) Zur Behandlung der Frakturen des Unterschenkels.
   c) Über die Blähung des Coecums bei tiefem Verschluß des Dickdarmes.
10. *Guleke-Berlin. Über die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen.*
11. *Haberer-Wien. Zur Therapie der Sarkome in den langen Röhrenknochen.*
12. *Hackenbruch-Wiesbaden. Über Venenentzündung und Geschwüre an den unteren Extremitäten.*
13. *von Hacker-Graz. Thema vorbehalten.*
14. *Hirsch-Wien. Thema vorbehalten.*
15. *von Hovorka-Wien. Über Spontanamputationen.*
16. *Joachimsthal-Berlin. Über angeborenen partiellen Riesenwuchs an den Extremitäten.*
17. *Joseph-Berlin. a) Operative Nasenkorrekturen.*
   b) Operative Ohrenkorrekturen.
18. *Kroiss-Innsbruck. Zur Pathologie der Speicheldrüsen.*
19. *Küttner-Marburg i. H. Zur Prognose und Behandlung der Ganglien.*
   b) Demonstration seltener Achsendrehungen.
20. *Kuhn-Kassel. a) Überdrucktubage und Chirurgie des Thorax. (Demonstration und Operation: Perorale Intubation mit und ohne Überdruck.)*
   b) Improvisationstechnik in der großen Chirurgie und Krankenpflege. (Mit Demonstrationen.
   c) Die Behandlung der Peritonitis.
21. *Kumpf-Meran. a) Pathologie und Therapie des sogenannten Schulterknarrens.*
   b) Zur Heißluftbehandlung mit Demonstration eines neuen Apparates: »Aërotherm«.
22. *Lichtenstern und Katz-Wien. Phloridzindiabetes und funktionelle Nierendiagnostik.*
23. *Lieblein-Prag. Thema vorbehalten.*
24. *A. Lorenz-Wien. Indikationen zur Sehnentransplantation.*
25. *Neupauer-Königswart. Ein neues System heilgymnastischer Apparate. (Mit Demonstrationen.)*
26. *Preindlsberger-Sarajevo. a) Die Wahl der Operation bei Lithiasis. (Demonstration von Präparaten und Konkrementen.)*
   b) Thema vorbehalten.
27. *Ranzi-Wien. Zur Frage der Tragfähigkeit der Bunge'schen Amputationsstümpfe.*
28. *Schloffer-Innsbruck. Thema vorbehalten.*
29. *Suter-Innsbruck. Weitere Erfahrungen über Perubalsam bei der Wundbehandlung.*
30. *Wölfler-Prag. Thema vorbehalten.*
31. *O. Zuckerkandl-Wien. a) Demonstrationen: Operation der Nierentuberkulose.*
   b) Prostatektomie.
   c) Fall von Karzinom der Blase. Ausstellung von Präparaten und mikroskopischen Bildern.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



// Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 34. Sonnabend, den 26. August. 1905.

(Aus der chirurgischen Abteilung des allgemeinen städtischen Krankenhauses in Nürnberg. Oberarzt: Hofrat Dr. Göschel.)

Beitrag zur Wanderlappenplastik.

Von

Dr. **Wilhelm Hagen,**
Assistenzarzt.

Die plastischen Operationen zur Heilung größerer Defekte bieten trotz der Bereicherung, die die chirurgische Technik seit langem durch

die verschiedensten Versuche erfahren hat, noch immer eine Quelle reicher Anregung. In erster Linie sind es die Geschwürsbildungen, besonders an den Gelenkgegenden der Extremitäten, die an die Ausdauer von Arzt und Kranken so große Anforderungen stellen, und daher dem Chirurgen nur zu gut als eine crux bekannt sind. Wir hatten im Laufe der letzten Zeit wiederholt Gelegenheit, Defekte an besonders exponierten Stellen zur Heilung zu bringen, bei denen die gewöhnlichen Transplantationsmethoden nach Thiersch oder Krause ungangbar erschienen, und auch aus den benachbarten Teilen zur Bildung eines gestielten Lappens kein Material verfügbar war. In solchen Fällen haben wir bis jetzt zweimal ein Verfahren angewandt, das, einer Anregung meines Chefs, des Herrn Hofrat Dr. Göschel, entsprungen, einen vollständig befriedigenden Erfolg ergeben hat.

1. Fall. Bei dem Pat. hatte sich im Anschluß an eine Luxationsfraktur der Knöchel eine Spitzfußstellung ausgebildet, zu deren Beseitigung ein operativer Eingriff vorgenommen worden war. Die Wunde war nach genügender Reposition tamponiert worden, um eine Verödung des Gelenkes zu erzielen. An dieser Stelle hatte sich mit der Zeit ein Geschwür gebildet, das trotz aller Bemühungen nicht zur Vernarbung zu bringen war. — Autoplastik am 15. Februar 1905: Über dem Malleolus internus des linken Beines befand sich ein mit derben, kallösen Rändern versehener, leicht eingezogener, geschwüriger Hautdefekt von 3,5 cm Breite und 6,5 cm Länge. Einem Vorschlage meines Chefs folgend versuchte ich den Defekt durch einen Wanderlappen aus der Wade desselben Beines zu decken. Zu diesem Zwecke wurde zunächst das Geschwür vollständig, auch in seinen Rändern, angefrischt, wodurch eine Wundfläche von der Größe 5 : 8 cm entstand. Aus der Wade des linkes Beines wurde sodann ein gestielter Lappen in der Weise umschnitten, daß die Basis gut dreiquerfingerbreit oberhalb des oberen Randes des zu deckenden Geschwüres lag, während der Lappen sich gegen die Kniekehle zu erstreckte. Er hatte eine Basis von 8 cm und eine Höhe von 12 cm. Derselbe wurde von der Unterlage bis an die Basis heran vollständig abpräpariert, so daß er aus Haut und Unterhautzellgewebe bestand. An seinem Stiele wurde er sodann um 180° umgeschlagen und der freie obere Rand des Lappens in den oberen Rand des Defektes eingenäht; dabei wurde darauf Rücksicht genommen, daß auch ein Teil der seitlichen Ränder — etwa 2 cm lang — mit der zu deckenden Wunde in Berührung kam; hier wurden ebenfalls einige Nähte gelegt. Der Lappen bildete nun eine brückenartige Schleife; seine Wundfläche lag nach außen gekehrt. Unter der Schleife wurde ein dickes, jedoch nicht spannendes Gazepolster eingelegt, die Wundfläche mit einem durchlöcherten, sterilen Stück Mosetig-Battist bedeckt, um sie vor Austrocknung zu schützen. Der Defekt an der Wade wurde sofort mit Thiersch'schen Läppchen gedeckt. Als Verband wurde eine zweiteilige Gipskompressenschiene gewählt, die den Fuß und das Knie samt Oberschenkel umfaßte und an der Stelle der Plastik durch einen Eisenbügel verbunden war, um hier jeden Druck von seiten des Verbandes zu verhüten. — Am 6. Tag erster Verbandwechsel. Der vollständig ernährte Lappen ist per primam angeheilt. Die Thiersch'schen Läppchen sind durch die ziemlich reichliche Sekretion zum größten Teile weggeschwemmt. — Am 9. Tage wird der Lappen an seinem Stiele von beiden Seiten her eingekerbt und am 14. Tage die Basis vollständig durchtrennt. Es wurde nun das in den oberflächlichsten Schichten nekrotisch gewordene Unterhautzellgewebe mit der Schere abgetragen, bis eine frische, lebhaft blutende Wundfläche erschien. Der Defekt am inneren Knöchel wurde nochmals allseitig angefrischt und der herumgeschlagene Lappen völlig in den Defekt eingenäht. Der Lappen war nur wenig geschrumpft, er paßte eben in seinen Bestimmungsort hinein. Unter den Lappen wurde ein schmaler Gazestreifen eingelegt zur Ablei-

tung event. Sekrete für die ersten Tage. Es hat sich in den ersten Tagen trotzdem ein kleines Hämatom darunter gebildet, das durch einen Kompressionsverband rasch beseitigt wurde. Am 11. März war der Lappen vollständig angeheilt. Nun wurde neuerdings der Defekt an der Wade nach Thiersch gedeckt, was diesmal auch gelang. Bei der Entlassung am 8. April war der Lappen noch etwas dicker als die umgebenden Hautpartien, von denselben durch eine strichförmige, zarte Narbe abgegrenzt. Parästhesien hatte Pat. im Lappen nicht. Das Gefühl für feine Berührung war vollständig aufgehoben, für gröbere Betastung mit dem Finger dagegen erhalten. Das Unterscheidungsvermögen für »spitz und stumpf« war erloschen, auch das Schmerzgefühl ebenso wie der Temperatursinn stark herabgesetzt.

2. Fall. Es handelte sich um die Beseitigung einer im Anschluß an eine inzidierte Phlegmone entstandene Narbenkontraktur. In der rechten Ellenbeuge befand sich eine 8 cm lange, in der Längsrichtung über das Gelenk verlaufende, derbe, straff gespannte, leistenartig vorspringende Narbe, welche mehrere kleine Einrisse zeigte. Der Arm kann im Ellbogengelenk nur bis zu einem Winkel von 160° gestreckt werden, die Beugung ist nicht behindert. Nach vergeblichen Versuchen mit Injektionen von Thiosinamin faßten wir den Entschluß, die Narbe völlig zu exzidieren und den Defekt in ähnlicher Weise wie im Fall 1 zu decken. Es wurde von der Vorderseite desselben Oberarmes ein Lappen gebildet und in der oben beschriebenen Weise zur Einheilung gebracht. Der Erfolg war ein außerordentlich guter. In den ersten Tagen nach völliger Einnähung stellte sich zwar eine ziemlich starke eitrige Absonderung unter dem Lappen ein, doch versiechte dieselbe rasch unter Bäderbehandlung, und nach 10 Tagen war der Lappen vollständig angeheilt. Die Transplantation des Defektes am Oberarm wurde diesmal erst nach völliger Einheilung ausgeführt. Bei der Entlassung war an der Streckung im Ellbogengelenke kein nennenswerter Ausfall mehr vorhanden.

In beiden Fällen war das gewollte Ziel erreicht worden. Im Fall 2 ist der Lappen trotz ziemlich reichlicher Eiterung unter demselben zur Anheilung gekommen. Ein besonderes Schrumpfen braucht man, wie es scheint, nicht zu befürchten nach unseren Erfahrungen. Die Hauptsache wird sein, den Stiel des Lappens im Verhältnis zur Höhe breit genug anzulegen und die Entfernung des Stieles vom Defekte richtig zu bemessen. Mit dem Einschneiden der ernährenden Basis begannen wir beidemal am 9. Tage; am 14. Tage wurde dieselbe völlig durchtrennt. Solange nicht besondere Umstände zwingen, ist es wohl nicht ratsam, früher damit zu beginnen. Die Deckung der Entnahmestelle kann zuweilen vielleicht durch Naht geschehen; wo dies nicht möglich ist, wird man zu einer Aufpflanzung von Thiersch-schen Läppchen schreiten müssen. Hierbei empfiehlt es sich jedoch, dies nicht primär vorzunehmen, da der Erfolg wegen der eintretenden stärkeren Sekretion von seiten des Lappens zu sehr in Frage gestellt wird. Des Interesses wegen sei noch kurz das Verhalten der Sensibilität gestreift. Eine Prüfung derselben ergab, daß das Eindringen von Nervenfasern in den aufgepflanzten Lappen schon sehr früh vor sich geht. Wie aus unseren Fällen ersichtlich, hatte sich schon 5 Wochen nach erfolgter Anheilung das Gefühl z. T. wenigstens hergestellt.

Wir haben das geschilderte Verfahren unabhängig von anderen Autoren ausgeführt. Erst später fand ich bei der Durchsicht der

Literatur, daß v. Hacker[1] genau in derselben Weise bereits im Jahre 1887 vorgegangen ist. Trotzdem glaubte ich an dieser Stelle von neuem auf eine, wie es scheint, bisher wenig geübte Methode aufmerksam machen zu dürfen, die den Vorzug hat, einen verhältnismäßig recht einfachen und leicht ausführbaren Eingriff zu erheischen und an die Willenskraft und Geduld des Kranken keine allzugroßen Anforderungen zu stellen. Wir hatten kurze Zeit vorher einen Fall von varikösem Unterschenkelgeschwür am inneren Knöchel in Behandlung, bei dem alle Versuche einer Deckung nach Thiersch und Krause mißlungen waren. Damals wählten wir einen gestielten Lappen aus der Wade des anderen Beines. Der Pat. mußte dann längere Zeit mit gekreuzten Beinen, die durch einen Gipsverband in entsprechender Stellung fixiert waren, zu Bett liegen. Es ist mir noch in unangenehmer Erinnerung, wie sehr der Pat. unter dieser unnatürlichen Lage gelitten hat, die in der Tat eine wahre Engelsgeduld erfordert. Es liegt auf der Hand, welch wesentliche Vorteile es bietet, wenn man dieselbe Extremität zur Plastik benützen kann. Natürlich ist damit die Ausführbarkeit der Methode auch begrenzt. Unter Umständen ist es wohl auch möglich, wie schon v. Hacker vorgeschlagen hat, den Lappen mit seinem freien Rande zunächst in einen ad hoc gelegten Schnitt einheilen zu lassen und ihn von hier aus in einem zweiten Akt an den eigentlichen Ort seiner Bestimmung zu bringen.

---

1) **Courmont** et **Lesieur.** Staphylocoques pyogènes et ostéomyélite.

(Journ. de physiol. et pathol. générales 1905. Nr. 1.)

Verff. wenden sich gegen die Angabe Henke's, daß der Staphylokokkus pyogenes aureus an sich nicht imstande sei, in die Blutbahn oder ins Knochenmark eingeführt, eine Osteomyelitis zu erzeugen, sondern daß die Osteomyelitis des Wachstumsalters durch einen spezifischen »Bacillus osteomyelitidis« verursacht werde. C. und L. weisen nun einwandsfrei nach, daß absolut reine Kulturen von Staphylokokkus aureus, welche nicht von einer Osteomyelitis stammen, beim Kaninchen typische juxta-epiphysäre osteomyelitische Herde erzeugen können, wenn man Tiere im Wachstumsalter verwendet. **Mohr** (Bielefeld).

---

2) **Hutan.** Les arthrites aiguës des nouveau-nés.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 23.)

Die akuten Gelenkentzündungen der Neugeborenen gehen stets von einer Conjunctivitis oder seltener einer Vulvitis gonorrhoica aus und setzen meist plötzlich mit Schwellung eines Gelenkes ein, ohne daß Allgemeinerscheinungen vorausgegangen wären. Die Entzündung

---

[1] v. Hacker, Ersatz größerer Hautdefekte durch Transplantation frischer Lappen (Fall 2 und 3). v. Langenbeck's Archiv Bd. XXXVII. p. 97ff.

befällt unter Umständen nur ein Gelenk, und dann fast immer das Kniegelenk, seltener das Handgelenk; ist sie polyartikulär, so werden gewöhnlich 2—3 größere Gelenke befallen, auch hier am häufigsten Knie- und Handgelenk. In der Mehrzahl der Fälle sind die Symptome die einer eitrigen Gelenkentzündung event. unter Beteiligung des periartikulären Gewebes. Durch Punktion wird gewöhnlich eitrige oder eitrigseröse Flüssigkeit entleert; manchmal bilden sich auch Abszesse in der Nachbarschaft des erkrankten Gelenkes. Die beim Erwachsenen nicht seltenen Komplikationen des gonorrhoischen Gelenkrheumatismus von seiten des Herzens, der Nieren, der Haut usw. sind bei Neugeborenen bisher nicht beobachtet worden, dagegen wohl die Erscheinungen einer schweren gonorrhoischen Allgemeininfektion. Die Sterblichkeit beträgt 20%; in den meisten Fällen tritt nach 1—4 Wochen völlige Heilung ein. **Mohr** (Bielefeld).

---

3) **Binaghi.** Sul potere bactericida del pus e sul suo meccanismo d'azione.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 5.)

Die Sterilität älterer geschlossener Abszesse bakteriellen Ursprunges beruht sowohl auf der Wirkung bakterieller Alexine wie auf Autolyse der Bakterien selbst. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

4) **Wright.** The biology of the microorganism of actinomycosis.

(Public. of the Massachussets generals hosp. Vol. I. Nr. 1.)

Die fleißige experimentelle Arbeit, bei welcher die bekannte Literatur (109 Nummern im Literaturverzeichnis) gut benutzt ist, hat folgende von W. zusammengestellte Ergebnisse gezeitigt.

Bei den 13 untersuchten Fällen von menschlicher und 2 von Rinderaktinomykose konnten verzweigte, fadenförmige Organismen isoliert werde. Die Rinder- und Menschenaktinomykose sind identisch, unterscheiden sich nicht mehr als einzelne Stämme von Diphtherie- oder Tuberkelbazillen. Die Erreger wachsen als obligate Anaeroben auf Agar und Bouillon bei Körpertemperatur. In Serum oder Ascitesflüssigkeit bilden sich unter Verschwinden der Fäden den Keulen der Drusen ähnliche Formen. Bei den Versuchstieren bildeten sämtliche eingebrachte Kulturen charakteristische Drusen, die im Bindegewebe oder Eiterherde eingeschlossen waren. Nach seinen Versuchen und den in der Literatur mitgeteilten Erfahrungen wird die typische Aktinomykose nur durch einen Mikroorganismus, Actinomyces bovis, erzeugt. Auch gehört dieser Pilz nicht einer weit verzweigten Sippe fadenbildender Pilze an, sondern bildet ein Genus für sich; die anderen will Verf. unter das Genus Nocardia zusammenfassen. Aktinomyces wächst seiner Ansicht nach nicht außerhalb des Körpers. Die häufig als sein Träger angesprochenen Fremdkörper sind nur als durch ihren Reiz die Einwanderung begünstigendes Moment zu betrachten.

Die Keulenbildung der Drusen ist an das Vorhandensein tierischer Flüssigkeit gebunden. Ob sie Niederschläge oder der Kapsel der Bakterien ähnliche Gebilde sind, ist unentschieden. Ihre Funktion ist wahrscheinlich die eines Schutzorganes gegen die Einwirkung der Zelltätigkeit des Krankheitsträgers. Die in Begleitung des Aktinomycespilzes gefundenen anderen Mikroorganismen begünstigen die Weiterverbreitung der Krankheit. Die sog. »Sporen«, die sich in den Drüsen finden, sind entweder Zerfalls- und Degenerationsprodukte oder Verunreinigungen durch Kokken usw. Während der Pilz im allgemeinen keine hohe Virulenz für Versuchstiere hat, beobachtet man bei spontan entstandener Erkrankung oft schwere, rasch sich ausbreitende Infektion. Diese erklärt W. durch stets erneute Infektion zustande kommend, da er den Aktinomyces für einen regelmäßigen Bewohner des ganzen Intestinaltraktus hält.

Die Kulturtechnik, ebenso wie die mikroskopische und die Versuchsprokolle sind mitgeteilt. 57 auf 10 Tafeln wiedergegebene gute Mikrophotogramme und Kulturabbildungen vervollständigen die im großen und ganzen bekannte Tatsachen bringende Arbeit.

Trapp (Bückeburg).

---

5) **E. Comisso.** Sulle alterazioni dei muscoli in seguito all' accorciamento.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 2.)

Die Verlängerung verkürzter Glieder findet den größten Widerstand in den Weichteilen. Es ist daher von Wichtigkeit zu wissen, ob und in welcher Weise durch die Verkürzung die Elastizität und die Kohäsion der Gewebe Schaden leidet. Studien über das Verhalten pathologischer Gewebe bei Zug sind noch nicht gemacht. Das größte Interesse nehmen die Muskeln in Anspruch. C. hat darüber an Kaninchen experimentiert. Nachdem durch Resektion des Olecranon dem Triceps Gelegenheit gegeben war sich zu verkürzen, wurde nach verschieden langer Zeit zu diesem Zwecke eine Sehne mit Gewichten belastet und das Maß der Verlängerung geprüft.

Die Verlängerung, welche der Muskel bei der geübten Beugung erfuhr, betrug 31% seiner natürlichen Länge. Belastet man ihn, bis er zerreißt, so geschieht dies bei einer Verlängerung um 43% seiner Länge (der Muskel als ganzes, Fleisch und Sehne zusammen). In den Versuchen zerriß nur zweimal das Fleisch, sonst die Sehne. Der vorher verkürzte Muskel verhält sich verschieden vom normalen. In den ersten Tagen nach der Ablösung der Sehne nimmt die Verkürzung noch zu. Die Ursache liegt in Strukturveränderungen, die histologisch nachzuweisen sind, schon in zahlreichen Fasern in den ersten Tagen. Später nimmt sie langsam zu. Die Degeneration bewirkt nicht nur eine Abnahme der Elastizität der Fasern, sondern auch eine Steigerung der ihrer Ausdehnung entgegenwirkenden inneren Widerstände. Die Belastung, unter welcher der Muskel zerreißt, wird von Tag zu Tag kleiner, entsprechend der Muskelatrophie. Der Kohäsionsindex de-

generierter Fasern ist also geringer als der gesunder. Eine Regeneration setzt später ein und führt zu einer teilweisen Erholung der Muskelkraft. Daher soll, ehe man Zug anwendet, längere Zeit nach der Tenotomie verstreichen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

6) **H. Delore** et **R. Duteil.** De l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations chirurgicales.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 3.)

Obgleich das Faktum des Lufteintrittes in die Venen besonders bei Operationen in der gefährlichen Gegend des Halses doch nicht mehr angezweifelt wird, ist doch manches im Mechanismus noch nicht einwandsfrei erklärt, und Verff. werfen gelegentlich eines tödlich verlaufenen Falles von Luftembolie die Frage wieder auf, um vor allem die Theorien zur Erklärung des tödlichen Phänomens zu erörtern.

So interessant es auch ist, die einzelnen Anschauungen über Hirn-, Lungen- und Herztod bei Luftembolie und die Einwände zu studieren, müssen wir uns hier auf die Schilderung der Momente beschränken, welche den Lufteintritt in geöffnete Venen begünstigen, um ihn vermeiden zu lernen.

Diese sind 1) Verwachsung der Venen mit fibrösen Gebilden, die sie klaffend erhalten, Einbettung in Geschwulstmasse, wie sie im kleinen Becken vorkommt, 2) Erweiterung der Venenlichtung, 3) akute und chronische Anämie. Wesentlich für den Effekt ist ferner die Menge und Schnelligkeit der Luftaspiration, da kleine, langsam einströmende Luftblasen wahrscheinlich absorbiert werden.

Die beste Gewähr gegen das Zustandekommen des Lufteintrittes liegt in unserer Operationstechnik; man klemme sichtbare Venenstämme vor der Durchtrennung ab.

Ist einmal die Luft unter hörbaren Schlürfen in die Vene gelangt, so ist in den meisten Fällen das Schicksal der Kranken besiegelt. Läßt sich durch Auskultation deutlich die Anwesenheit von Luft im rechten Vorhof nachweisen, versucht man vielleicht noch den Aderlaß, oder man punktiere im III. Interkostalraum rechts, 1,5 cm nach außen vom Sternalrand mit nach einwärts gerichteter Spitze; der Vorhof ist kaum zu verfehlen, und mit Hilfe eines Aspirationsapparates wird es immer gelingen, etwas Luft einzusaugen. Immer ist dabei Eile not, wenn nicht schon vorher Emboli ihren Weg in die Coronarvenen oder durch die Lunge hindurch ins Arteriensystem finden sollen. Doch kann auch die zurückbleibende Luft als elastisches Polster den gedehnten Vorhofmuskel nach und nach ermüden, und noch im Laufe der nächsten Stunden der Tot eintreten. **Christel** (Metz).

---

7) **W. Loewenthal.** Tierversuche mit Plasmodiophora brassicae und Synchytrium taraxaci nebst Beiträge zur Kenntnis des letzteren.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 1.)

8) **H. Wolff.** Ein Beitrag zur Chemie des Karzinoms. I. Mitteilung.

(Ibid.)

Beides Arbeiten aus der Abteilung für Krebsforschung der v. Leyden'schen Klinik.

L. versuchte bei Tieren Geschwulstbildung zu erzeugen, indem er dieselben mit den bei Pflanzen Geschwülste erzeugenden Protozoen subkutan und intraperitoneal infizierte. Wie nach des Verf.s eigenen Worten kaum anders zu erwarten, waren die Versuche vollständig negativ.

W. untersuchte chemisch den Zellinhalt (Preßsaft) von bösartigen Geschwülsten und fand im Gegensatz zu normalen Organen die Menge des Albumin im Verhältnis zum Globulin vermehrt, während qualitativ kein Unterschied festgestellt werden konnte.

K. Schultze (Bonn).

---

9) **B. Wolownik** (Charkow). Experimentelle Untersuchungen über das Adrenalin.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 225.)

Das Auftreten von Glykosurie nach Einverleibung von Nebennierenextrakt ist durch die Experimentaluntersuchungen von Blum, Zuelzer, Metzger u. a. genügend festgestellt. Die Versuche des Verf. bringen nur eine Bestätigung des Bekannten, daß nämlich nach Adrenalininjektionen eine rasche Ausschüttung der Glykogenbestände der Leber zustande kommt, die bereits beim Eintreten der Glykosurie einen erheblichen Grad erreicht hat. In dem Umstande, daß im wesentlichen auch nach Lävulosedarreichung die Adrenalininjektion Dextrosurie bewirkt, sieht W. einen weiteren Beweis für die hepatogene Entstehung der Glykosurie nach Adrenalin. Unterdrücken resp. herabsetzen läßt sich die Glykosurie durch Fieber. Auch hier bestätigt W. die bereits von P. F. Richter gemachte Entdeckung, daß die Temperaturerhöhung hierbei an sich keine Rolle spielt, sondern daß für die Herabsetzung der Glykosurie nur die das Fieber erzeugenden Bakterien, die wahrscheinlich eine Zuckerzersetzung verursachen, verantwortlich zu machen sind. Nach einer experimentell erzeugten Temperaturerhöhung durch Verletzung des Corpus striatum wurde niemals ein Aufhören oder Schwächerwerden der Adrenalinglykosurie beobachtet. Im zweiten Teile der Arbeit wird dann der Einfluß der Adrenalininjektionen auf die Körpertemperatur untersucht. Auch hier bestätigt W. die Angaben Poehl's, daß Adrenalin erhebliche Temperaturerniedrigungen verursacht; nur waren die von ihm

gefundenen Werte — Erniedrigungen von 1,5—2° — nicht so hoch, wie die Werte Poehl's, der bei Kaninchen Temperaturabfälle bis zu 31° beobachtet hatte. Es sind derartige Temperaturherabsetzungen jedoch nur bei normaler und bei durch Verletzung des Corpus striatum experimentell erhöhter Temperatur zu konstatieren; im septischen Fieber — erzeugt durch Streptokokkeninjektion — sind die Temperatursenkungen außerordentlich gering; sie betragen wenige Zehntel Grad.

Doering (Göttingen).

---

10) **L. Vaciori.** Dell' azione dell' adrenalina sul parenchima renale.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 4.)

Es empfiehlt sich nicht, bei Nierenoperationen Adrenalin als blutsparendes Mittel verwenden zu wollen. Versuche, welche V. bei Kaninchen mit dem Präparate von Parke & Davis anstellte, ergaben, daß es die Veränderungen steigert, welche eine Verwundung des Nierenparenchyms mit sich führt, teils durch direkte Schädigung der Zellen, teils durch Beeinflussung ihrer Ernährung.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

11) **B. Lönnqvist.** Über Ätherrausch.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVI. p. 251.)

Verf. redet in der vorliegenden Arbeit der Sudeck'schen Narkotisierungsmethode das Wort, die an der Klinik zu Helsingfors schon eine zeitlang gebraucht wurde, bevor die Publikation Sudeck's erschien. Juillard's Maske wird bevorzugt; für deren Sterilisation übrigens gehörige Sorge getragen werden soll.

Die völlige Gefahrlosigkeit der Methode, besonders der Riedelschen minimalen Chloroformnarkose gegenüber, wird hervorgehoben.

Werden zu große Mengen Äther auf einmal zugegossen, so entsteht leicht Eisbildung an den Flanellstücken; durch die damit erzeugte starke Abkühlung der Inspirationsluft werde postoperative Pneumonie gefördert.

Hansson (Cimbrishamn).

---

12) **S. Diez.** Ricerche sulla eliminazione del chloroformio per la mucosa gastrica.

(Giorn. d. accad. di med. di Torino 1905. Nr. 4.)

D. machte 30 Versuche über den Chloroformgehalt der Organe bei Narkotisierten. 16mal fand sich Chloroform im Magensaft; es besteht kein Unterschied zwischen Personen, die erbrechen oder nicht erbrechen. In positiven Fällen findet sich Chloroform nur in den ersten Stunden nach der Narkose und in kleinen Mengen, ist nur mit feinen Reaktionen nachzuweisen, verschwindet stets nach der ersten Magenspülung. Konstant und in größeren Mengen findet es sich nur, wenn das Exzitationsstadium lange dauerte. Alles läßt vermuten, daß es sich mehr um verschlucktes als um von der Mucosa ausgeschiedenes

Chloroform handelt. Jedenfalls können die kleinen Mengen keinen Einfluß auf das Erbrechen haben. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

13) **Beurmann** et **Tanon.** La stovaïne.

(Journ. de méd. et de chir. prat. 1905. p. 211.)

Die Verff. berichten über ihre Erfahrungen mit Stovain in der Dermatologie. Eine $^1/_2$%ige Lösung, subkutan oder intrakutan eingespritzt, bringt eine fast vollkommene und sofortige Anästhesie der Haut hervor, so daß Kauterisationen, Transplantationen usw. schmerzlos ausgeführt werden können. Kauterisationen können z. B. beim Lupus bis über 1 cm Tiefe ausgedehnt werden. Eine 5%ige Lösung bewirkt auf Schleimhäuten und auf Geschwüren der Haut eine in wenigen Augenblicken eintretende, allerdings wenig in die Tiefe gehende Anästhesie, welche jedoch genügt, ohne Schmerzen Schleimhauterkrankungen und Kondylome zu kauterisieren. **Mohr** (Bielefeld).

---

14) **Freese.** The force of contraction of the gall-bladder and the course of its motor and inhibitory nerve fibers.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1905. Juni.)

Da der Verf. Angaben über die Kontraktionskraft der Gallenblase in der Literatur nicht finden konnte, hat er an einer großen Anzahl von Hunden experimentell Aufschluß zu erhalten versucht.

Er beschreibt im einzelnen die angewandte Versuchsanordnung und illustriert die gewonnenen Resultate an einer Anzahl von Kurven.

Die Ergebnisse sind folgende:

Wird die Gallenblase von ihren motorischen Nerven aus gereizt, so kann sich in ihr ein Druck von wenigstens 220 mm Ringer'scher Lösung von 1,004 spez. Gewicht entwickeln. Der durch Kontraktion der Gallenblase erzeugte maximale Druck überschreitet nicht wesentlich den maximalen Sekretionsdruck der Galle.

Die Muskulatur der Gallenblase ist mit konstriktorischen und dilatatorischen Nervenfasern ausgerüstet, die dem Splanchnicus entstammen.

Die konstriktorischen und dilatatorischen Fasern entspringen aus dem Rückenmark in den Wurzeln des 6. bis 12. Dorsalnerven. Die wesentlichen Anteile der konstriktorischen Nerven entstammen dem 10., 11. und 12. Dorsalnerven. Die dilatatorischen Fasern entspringen etwas höher, in der Hauptsache vom 8. bis zum 12. Dorsalnerven.

W. v. Brunn (Rostock).

---

15) **De Brun.** Sur le diagnostic des abcès du foie.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 16.)

Verf. weist auf einige bisher wenig beachtete Symptome des Leberabszesses hin, welche unter Umständen bei Fehlen oder geringer Deutlichkeit der klassischen Symptome die Diagnose ermöglichen können. Bei subakuten oder chronischen Abszessen tritt eine eigenartige Epi-

thelabstoßung, Austrocknung und Rötung der Zunge ein, wobei gewöhnlich drei rote Streifen, zwei seitliche und ein mittlerer, auf der Zunge auftreten, welche an der Zungenspitze sich vereinigen. Die Veränderung der Zunge kann fast das einzige auf eine Lebereiterung hindeutende Symptom sein, während die sonstigen Erscheinungen so wenig ausgesprochen sind, daß sie der Beobachtung entgehen. Ähnlich können die Verhältnisse liegen bei einer durch den Abszeß verursachten Pleuritis, welche gewöhnlich trocken ist, an der Basis der rechten Lunge ihren Sitz hat und nur geringe auskultatorische Erscheinungen macht; sie ist meist schmerzlos. In einzelnen Fällen können jedoch die pleuritischen Symptome so hervortreten, daß die Lebersymptome ganz verdeckt werden. Als drittes diagnostisch wichtiges Symptom findet man öfters eine Eigentümlichkeit des Fiebers, nämlich bei einem intermittierenden oder remittierenden Fieber einen ungefähr gleich frequent bleibenden, nur wenig beschleunigten Puls.

Mohr (Bielefeld).

---

16) **Fracassini.** Studio istologico e sperimentale intorno al processo di reparazione delle lesioni della vescica.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 3.)

F. untersuchte beim Kaninchen die Wundheilung bei verschiedenen chirurgischen Eingriffen an der Blase.

1) Punktion mit Trokar. Feine Stiche heilen so schnell, daß eine Untersuchung unmöglich ist, gute in 8—10 Tage ohne Störung der Blasenfunktion.

2) Blasennaht. a) Bei Naht mit Knopfnähten in zwei Etagen, Muscularis und Serosa: Das Epithel der Schleimhautwundränder vereinigt sich sehr schnell und exakt. b) Bei Lembertnähten kann sehr leicht eine Ungleichheit der Ränder eintreten, Muscularis steht in das Lumen spornartig vor und verfällt in Nekrose durch den Kontakt mit dem Urin, wodurch es zu Harninfiltration kommen kann. c) Durch ungleich tiefes Fassen der Wundränder kann es zu Buchten kommen, welche mehr oder minder tief in die Muscularis reichen. d) Werden die Fäden zu schräg angelegt oder zu stark angezogen, kann es zu Riß der Narbe und hernienartiger Vorwölbung der Mucosa kommen, was jedoch die Kontinenz der Blase nicht stört. Bei Verweilkatheter wird dies nicht vorkommen.

3) Abbinden eines Blasenzipfels vom Peritoneum aus; wenn schwach, wird der Faden in die Wand der Blase eingekapselt. Stärkere Ligatur kann zu Einwandern der Schlinge in die Blase und Steinbildung um sie führen.

4) Kauterisation und Auskratzen der Blase wird sehr gut vertragen. Das Epithel wird völlig regeneriert von der 2. Woche ab.

5) Quetschungen vom Blaseninnern aus, welche nur das Epithel beteiligen, werden in 15 Tagen regeneriert; wird auch die Mucosa nekrotisch, so wird der Substanzverlust durch Bindegewebe in 20 Tagen ausgefüllt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

17) **C. Féré.** La castration contre l'inversion sexuelle.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 3.)

Gegen den Versuch, die unglücklichen pervers Sexuellen durch Kastration heilen zu wollen, erhebt F. seine warnende Stimme an der Hand einer recht bezeichnenden Leidensgeschichte. Es ist wohl auch eine höchst oberflächliche Anschauung über Sitz und Wesen solcher individueller homosexueller Veranlagung, die zu einem Vorschlag, wie dem obigen, geführt haben mag, und man darf dem Verf. nur zustimmen, wenn er in ähnlichem Falle einen Pat., der um Kastration bat, entschieden abriet. **Christel** (Metz).

---

18) **Farabeuf.** Les vaisseaux sanguines des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis. Amplification de la thèse du Dr. Léon Cerf.

Paris, **Masson & Co.,** 1905. 214 S. 33 Fig. 6 fr.

Die Arbeit enthält ausführliche anatomische Untersuchungen über das in der Überschrift angegebene Gefäßgebiet. **Neck** (Chemnitz).

---

19) **E. G. Orthmann.** Leitfaden für den gynäkologischen Operationskurs mit Berücksichtigung der Operationen an der Lebenden. II. erweiterte Auflage.

Leipzig, **Georg Thieme,** 1905. 163 S. *M* 4.50.

Das Buch ist in erster Linie geschrieben worden, um dem Teilnehmer an gynäkologischen Operationskursen in klarer übersichtlicher Form eine Orientierung über das in diesen Kursen vom Verf. Dargebotene zu geben. Die klare Darstellung in Wort und Bild ermöglicht es, sich rasch und zuverlässig über alle wichtigen gynäkologischen Operationen zu belehren. **Neck** (Chemnitz).

---

20) **A. Witteck.** Zur operativen Therapie der seitlichen Kniegelenksverkrümmungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 29.)

Eine ausführliche Kritik der Epiphyseolyse als Behandlungsmethode für das Genu valgum führt Verf. zu dem Schluß, daß sie keinerlei Vorteile gegenüber einer Osteotomie am unteren Ende der Diaphyse biete, wohl aber die Gefahr einer Wachstumsstörung in sich berge, die zwar gering, aber immerhin vorhanden sei. Als einzigen tatsächlichen Vorzug der Epiphyseolyse nennt er den kosmetischen Erfolg, die Vermeidung der häßlichen Dislocatio ad axin. Diese Dislokation hat er nun bei der Osteotomie mit Erfolg dadurch zu vermeiden gesucht, daß er die Knochendurchtrennung nicht quer, sondern in einer frontalen Ebene schräg vornahm, so daß es dann möglich war, eine Drehung der Fragmente um eine sagittale Achse auszuführen. Die Operation

wird nicht, wie die Macewen'sche, subkutan gemacht, sondern es wird an der Innenseite des Oberschenkels oberhalb der Kondylen und der Epiphysenlinie zwischen dem Muskelbauche des Vastus internus und der Sehne des Adductor magnus auf den Knochen eingegangen, das Periost längs geschlitzt und abgehoben. Dann wird mit einem breiten Meißel der Knochen vollständig durchtrennt. Die Nachbehandlung erfolgt im Extensionsverbande. Das Verfahren ist nicht allein am Femur, sondern in analoger Weise auch an der Tibia anwendbar.

M. v. Brunn (Tübingen.)

---

21) **E. Quénu et P. Duval.** Traitement opératoire des ruptures sus-rotuliennes du quadriceps.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 2.)

Obgleich die Verletzung viel Ähnlichkeit mit dem Kniescheibenbruch selbst darbietet, auch in der Mehrzahl der Fälle das Gelenk in Mitleidenschaft zieht, bestehen doch eine Reihe von Abweichungen, die eine genauere Beschreibung der Verhältnisse, der einzuschlagenden Behandlung und ihrer Technik vollkommen rechtfertigen. Die Verletzung ist nicht allzuhäufig, und die Zahl genähter Fälle beläuft sich auf etwa 22. Die Heilung der Querrisse des Streckapparates, die in der vorantiseptischen Zeit etwa 8 Monate Zeit brauchte und zu meist recht traurigen Resultaten führte, ist durch die Naht zu einer fast gesicherten geworden; die erste stammt — wie bei den Kniescheibenbrüchen auch — von Lister her. Die Naturheilung war deshalb meist schlecht, weil sowohl eine recht weite Diastase der Muskelwundränder, vor allem jedoch die Einrollung ihrer obersten Lage eintrat, die einen häufigen Befund bei den Operationen darstellt. Heute muß die Naht als das Normalverfahren gelten und soll womöglich am 3., 4. Tage ausgeführt werden, vor allem behufs gründlicher Desinfektion der Kniehaut. Verff. öffnen durch Querschnitt, entfernen die Gerinnsel, glätten die Muskel- und Bandränder, ohne jede Berührung mit antiseptischen Flüssigkeiten, legen durch Bandapparat und Kniescheibe einen seitlich zusammengedrehten Silberdraht, und nähen die Weichteile mit Zwirn. Dann wird ein Gipsverband angelegt. Vom 21. Tage ab beginnt die Nachbehandlung im Gehen.

Christel (Metz).

---

22) **I. Michniewicz.** Topographie des Unterschenkels mit klinischen Bemerkungen.

Inaug.-Diss., Dorpat, 1903. (Russisch.)

Mittels Paraffin oder Wasser wurden folgende Räume darsgestellt. Ein oberer Raum zwischen den Köpfen des Gastrocnemius und der poplitealen Kante des Soleus; ein Dreieck mit lotrechter Basis über den medialen Kondylen und fibularer Spitze in Höhe des Kniespaltes, welches als Unterlage die Kniegelenkkapsel hat. Es wird gegen die Fossa poplitea durch festes Bindegewebe zwischen Gastrocnemiusköpfen und Kniekapsel abgeschlossen, so daß Extravasate nur längs der

Nerven und der Gefäße zur Tiefe der Fossa poplitea gelangen. Der zweite, an seinen Enden zugespitzte und bei Erwachsenen 28—30 cm lange Raum liegt zwischen Soleus und den tiefen Flexoren. In seiner oberen Hälfte zur Tibia, in der unteren zur Fibula geräumiger, ist er wegen des ominösen Verlaufes bekannt, zu welchem Infiltrate in ihm, namentlich nach Schußverletzungen führen. Die Geschichte dieser Verletzungen wird berücksichtigt und darauf hingewiesen, daß die Infiltrate wegen des festen seitlichen, namentlich fibularen Abschlusses dieses Raumes sehr bald unter hohe Spannung kommen und, weil sie gegen die Oberflächen hin nicht ausweichen können, unerkannt blieben. Der beste Ausweg ist noch jener durch den Muskelschlitz des Soleus, an Gefäßen und Nerven vorbei zum oberen Raume. Der Raum endlich unter den Extensoren ist oben umfänglicher als unten und zeigt die Infiltrate hinter und zwischen den Muskeln, während die Gefäße auf dem Lig. interosseum bleiben. Nach topographischer Bestimmung der Gefäße und Nerven werden die Unterbindungen namentlich an der Wadenseite besprochen, wie sie in der Dorpater Klinik üblich sind und von W. Koch in der Petersburger med. Wochenschrift VI 1881 beschrieben wurden. Die Klinik verwirft für die obere Hälfte des Unterschenkels Unterbindungen von innen und von der Wadenseite her, es sei denn, daß hier geräumige Wunden vorhanden sind, erprobte als sichersten Weg vielmehr jenen von außen, und zwar wie folgt. Einmal verläuft der Hautschnitt daumenbreit tibialwärts vom Capitulm fibulae auf 10—12 cm nach unten außen. Er trifft die fibulare Kante des äußeren Gastrocnemius, welcher sich bei Beugung samt dem Plantaris abheben und tibialwärts verziehen läßt. Dann erscheinen der M. popliteus und die popliteale Kante des Soleus, welche $3^1/_2$—4 cm einwärts vom Capitulum den Nerv. tibialis überkreuzt. Fibularwärts von ihm liegt mit seinen zwei Venen das Ende der Poplitea, weiter unten, wofern man den Soleus einkerbt oder vom Capitulum abschneidet, auch noch der Trunc. tibio-fibularis mit der Abgangsstelle der Arteria antica. Doch kommt man der unteren Hälfte des durchschnittlich $5^1/_2$ cm langen Truncus und der oberen Hälfte der Art. tibialis postica und peronea auch noch in folgender Weise leicht bei. Da die hintere äußere Kante des Wadenbeines sich selbst bei Infiltraten mit Sicherheit abtasten läßt, läßt sich auch der schmale Spalt zwischen Soleus und Peroneen, welcher dieser Kante entspricht, unschwer freilegen. Von ihm aus wird bei Beugung der äußere Rand des Soleus von der Fibula, weiter unten auch noch vom Flexor hallucis abgetrennt, worauf der Soleus von den tiefen Flexoren und deren Nervengefäßlager ab- und nach hinten sich verziehen läßt. Wiederum näher zur Fibula sieht man jetzt poplitealwärts den Truncus, malleolärwärts die Art. tibialis postica und die Peronea in Überkreuzungen mit dem Nerv. tibialis, welche im Original einzusehen sind. Die Methode verletzt selbst für den Fall nicht erheblich, daß der Soleus bis zur Mitte des Unterschenkels abgetrennt werden muß, und legt alle Stämme der Beugeseite zugleich frei, was in Anbetracht der schwierigen klinischen Differen-

zierung des verletzten Punktes nur erwünscht ist. Im Bereiche der unteren Hälfte des Unterschenkels treten die bekannten, oft schwierigen Verfahren von innen her in ihr Recht, und hervorzuheben ist, daß die A. tibialis antica nicht zwischen, sondern hinter den Extensoren liegt. Sie läßt sich hoch oben fast ohne Blutung erreichen, wenn man den gemeinsamen Bauch der Strecker fibularwärts verzieht. Bemerkungen über Varietäten der Unterschenkelgefäße, Spaltrichtungen der Haut, Phlegmonen und über die Natur der Venenerweiterungen, bezüglich welch' letzterer auf alte Ansichten Meckel's zurückgegriffen wird, leiten die mit sehr guten Abbildungen ausgestattete Arbeit ein.

(Selbstbericht.)

Kleinere Mitteilungen.

23) First annual report of the Henry Phipps institute. February 1, 1903, to February 1, 1904.

Philadelphia.

Das auf wohltätiger Stiftung begründete Institut hat die Aufgabe, das Studium von Ursache, Bekämpfung und Verhütung der Tuberkulose zu fördern, sowie die Kenntnis dieser Dinge zu verbreiten; ferner, und das ist das Wesentliche, pflegt es die Behandlung und Fürsorge Tuberkulöser.

Ambulante Kranke werden poliklinisch behandelt, mit Milch versehen und in hygienischer Beziehung beraten, Schwerkranke in der stationären Abteilung von 52 Betten gepflegt. Es werden Kranke aller Nationen und Rassen behandelt.

16 Ärzte arbeiten im Institute. Stationär wurden 254, ambulant 1903 Pat. behandelt, fast durchweg den ärmsten Bevölkerungsschichten angehörend.

Genaue statistische Angaben über Nationalität, Lebensalter, Geschlecht, Rasse, Wohnort, Stand und Beruf der Behandelten, über prädisponierende Umstände, wie Alkoholismus, Typhus, Pneumonie usw., über die Infektionsquelle, ferner über die erste Lokalisation und weitere Verbreitung der Krankheit im Körper der Erkrankten, sowie über die Erscheinungsformen und Komplikationen des Leidens, des weiteren über die erzielten Resultate und die angewandten Behandlungsweisen geben einen guten Einblick in die Leistungen des Instituts.

Als selbständige Arbeiten sind ein pathologisch-anatomischer Bericht und ein solcher über die laryngologische und neurologische Tätigkeit angefügt. Ein besonders interessanter Fall von fibroider Phthisis mit Bronchiektasen wird ausführlich mitgeteilt.

Der Tuberkulose bei Farbigen ist ein besonderer Abschnitt gewidmet, die Ausbreitung der Tuberkulose in Philadelphia wird an der Hand zahlreicher Tabellen, Kurven und eines Städteplanes übersichtlich dargestellt.

Für denjenigen, der sich mit dem Heilstättenwesen etwas beschäftigt hat, wird ein größerer, durch zahlreiche schöne Illustrationen ausgezeichneter Artikel über das große Sanatorium am Saranac-See im Staate New York von Wert sein. Dasselbe, erst 1884 in menschenleerer Gegend gegründet, bietet jetzt bereits 4000 Menschen Platz und ist eine hübsche Villenstadt geworden.

Vier größere Vorträge machen den Abschluß des Werkes, einer von Osler »Das Haus in seiner Beziehung zur Tuberkulose«, ein zweiter von Woodhead, »Pathologische Anatomie und Histologie der Lungentuberkulose mit Bezug auf die allgemeine Pathologie und die klinischen Erscheinungsformen«, ein Aufsatz von Biggs, »Die administrative Kontrolle der Tuberkulose« und eine Vorlesung von Maragliano »Über die spezifische Therapie der Tuberkulose und sein Impfverfahren«.

M. v. Brunn (Rostock).

24) **L. Fornaca.** Artrite primitive da diplococco.

(Giorn. di R. accad. di med. di Torino 1905. Nr. 3.)

28jähriges Mädchen erkrankt mit Schüttelfrost, Fieber und Herpes labialis und bekommt am 4. Tag einen Erguß im rechten Ellbogengelenke. Dasselbe wurde am 10. Tage punktiert. Es ergab sich serös-eitrige Flüssigkeit; aus ihr sowie aus dem Blute werden Pneumokokken gezüchtet. Im mikroskopischen Präparate des Ergusses waren sie sehr zahlreich. Fieber sinkt lytisch bis zum 33. Tag ab. Keine Lungenerscheinungen. Vorübergehend Schmerzen im rechten Knie.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

25) **Binswanger.** Über probatorische Tuberkulininjektionen bei gesunden stillenden Frauen.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 1.)

Das Dresdener Säuglingsheim (Prof. Schlossmann) steht auf dem Standpunkte, daß die primäre Aufnahme der Tuberkelbazillen vom Digestionstraktus aus zum wenigsten eine große Ausnahme bildet, daß vielmehr die Infektion von Mensch zu Mensch (Inhalations- oder Schmutzinfektion) die Regel bildet. Die Sektionsergebnisse von 30 Leichen im 1. Lebensjahre verstorbener tuberkulöser Kinder sprachen ebenfalls für diese Annahme.

Theoretisch betrachtet, würde es für das Kind einer tuberkulösen Mutter das beste sein, von seiner Mutter ganz getrennt zu werden, in praxi steht es aber ganz anders.

Die Gefahr, daß das Kind mit der Muttermilch einige Tuberkelbazillen in sich aufnimmt, ist viel geringer, als die, welcher es durch den Übergang zu künstlicher Ernährung ausgesetzt ist. Zudem bedeutet das Stillen in der Regel für die tuberkulöse Mutter nach den Erfahrungen des Dresdener Säuglingsheims keine Gefahr.

Dieses Säuglingsheim erhält sein Material, Mütter mit ihren Kindern, von der Frauenklinik in Dresden, welche alle bei der Untersuchung als tuberkulös erkannten Frauen überhaupt dem Säuglingsheim gar nicht zuweist.

Trotzdem erwies die probatorische Tuberkulininjektion, über welche die Einzelheiten im Original nachzulesen sind, daß von 78 Müttern 26, also $^1/_3$, deutlich reagierten.

B. erwähnt dabei die Untersuchungen von Franz, der sämtliche Rekruten eines ungarischen Regimentes in gleicher Weise behandelte; unter 279 Injizierten reagierten 108 = 38,7%, während unter 400 Soldaten eines bosnischen Regimentes im 1. Dienstjahre 61%, im 2. Jahre sogar 76% reagierten.

W. v. Brunn (Rostock).

26) **Bentz.** Traumatic tetanus.

(Buffalo med. journ. 1905. Mai.)

B. berichtet über sechs mit Antitoxin behandelte Fälle von traumatischem Tetanus; folgende Beobachtung sei wegen der höchst merkwürdigen Komplikation erwähnt:

Der 42jährige Pat. erkrankte 11 Tage nach einer mit Straßenschmutz verunreinigten Verwundung des Fußes an Trismus und starb plötzlich unter Krämpfen (Tetanusbazillenbefund positiv). Bei der Autopsie fanden sich tuberkulöse Veränderungen: Fisteln am Halse, Lungenherde; die oberen Halswirbel waren ebenfalls erkrankt, besonders der Zahn des Epistropheus, die Bänder in der Umgebung des Atlas und Epistropheus erweicht und gelockert. Der Zahnfortsatz sprang abnorm stark nach hinten vor und komprimierte das Mark.

B. erklärt nun den Hergang so, daß infolge der tetanischen Krämpfe an den tuberkulös erkrankten Wirbeln Verschiebungen eintraten, besonders eine Verschiebung des Zahnfortsatzes, Druck auf das Mark, und damit augenblicklicher Tod.

Mohr (Bielefeld).



27) **R. Faltin.** Ein Fall von subkutaner Milzruptur, mit Splenektomie behandelt.

(Finska Läkaresellskapets Handlingar Bd. XLVI. p. 32.)

Der sehr ausführlich mitgeteilte Fall enthält folgende Hauptmomente:

Ein 9jähriger Knabe wird überfahren. Etwa 4 Stunden später findet sich hochgradiger Kollaps und bedeutende Anämie, Bruch der 7.—10. linken Rippe, subkutanes Emphysem, der Bauch druckempfindlich, kein Erbrechen. Stimulantia (Kampfer und Kochsalzeingießungen). Zeichen vermuteter innerer Blutung sind anfangs undeutlich, am folgenden Tag aber läßt sich das kleine Becken ausfüllende Flüssigkeit vom Mastdarm aus tasten. 18 Stunden nach dem Unfalle Laparotomie mit Schnitt in der Mittellinie und Querschnitt nach links. Übergroße Menge von Blut in der Peritonealhöhle. Milz vergrößert (keine Malaria in der Anamnese, aber tuberkulöse Koxitis in frühester Jugend); das distale Ende (etwa $^1/_3$) fast völlig abgetrennt. Profuse Blutung beim Herausdrängen aus der Bauchwunde; Pulslosigkeit. Intravenöse NaCl-Eingießung während des weiteren Operierens. Beim Anlegen der Doyen'schen Klemme an den Hilus wird der linke Rand des Magens mitgefaßt. Nach Unterbindung des Stieles steht die Blutung. Schluß der Bauchwunde bis auf den lateralen Wundwinkel, durch welchen ein Jodoformgazestreifen herausgeleitet wird. Wiederholt Stimulantia. Heilung per primam. Retardierte Rekonvaleszenz; Schmerzen im Magen nach Nahrungsaufnahme.

Nach etwa 3 Wochen bildete sich ein subphrenischer Abszeß aus, der nach Rippenresektion entleert wurde; ein paar Tage später Mageninhalt im Wundsekret. Heilung nach einem Monate.

Verf. resümiert in großen Zügen die Lehre von den subkutanen Milzrupturen nach Berger's Arbeit im Archiv für klin. Chirurgie 1902; dessen Kasuistik von 34 splenektomierten Milzrupturen wird um 11 Fälle aus der Literatur vervollständigt; Verf.s eigener ist der 12. **Hansson** (Cimbrisham).

28) **Macartney.** Case of gumma of the liver treated by operation.

(Glasgow med. journ. 1905. Mai.)

Ein 53 Jahre alter Mann hatte eine sehr schmerzhafte Schwellung am Rücken. Da er abmagerte, dachte man an das Bestehen einer bösartigen Geschwulst. M. eröffnete die geschwollene Partie, entfernte eine Rippe und bemerkte jetzt, daß es sich um ein Gumma der Leber handelte. Er kratzte dieses aus und behandelte die Wunde offen; der Pat erhielt Jodkali und hat sich in kurzer Zeit sehr erholt.

W. v. Brunn (Rostock).

29) **H. Kehr.** Über zwei seltene Operationen an den Gallengängen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 23.)

Die erste Operation war eine Choledochotomie wegen haselnußgroßen Steines und Hepaticusdrainage bei einem 55jährigen Pat. mit Situs transversus. Der Kranke hatte bei den Anfällen, die zuerst für reine Magenkrämpfe gehalten worden waren, bis die Verlagerung der Leber im linken Hypochondrium entdeckt wurde, immer nur 1—2 Tage dauernden Ikterus gehabt, weil die stauende, entzündlich veränderte Galle neben dem beweglichen Steine hatte abfließen können. — Nach 14 Tagen hörte der Gallenfluß durch das in den Hepaticus geführte Drain nach außen auf und erfolgte in kurzer Zeit die Heilung.

Der zweite Fall betraf eine 34jährige Frau, bei der wegen einer Narbenstriktur des Ductus choledochus eine Resektion dieses Ganges mit glücklichem Erfolge vorgenommen wurde. Bei einer vorausgegangenen Operation war die stein- und eiterhaltige Gallenblase exstirpiert, hierbei der Ductus hepaticus verletzt und bei Unterbindung der Art. cystica resp. des Ductus cysticus ein Teil des Choledochus mitgefaßt worden, so daß die Galle in letzteren nicht eintreten und durch den Hepaticusriß trotz Naht desselben nach außen abfließen konnte. Infolgedessen obliterierte schließlich der Choledochus, und die Pat. wurde durch den dauernden profusen Gallenabfluß nach außen stark belästigt. Die Resektion des Choledochus

war in den entstandenen Verwachsungen sehr schwierig, gelang aber ebenso wie die zirkuläre Naht vollständig; die Fäden wurden lang gelassen und stießen sich in der 2. Wochen ab, worauf die Heilung rasch vor sich ging.

Kramer (Glogau).

30) **C. Garrè.** Totaler Querriß des Pankreas durch Naht geheilt.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 233.)

Ein 24jähriger Rangierer erlitt eine Quetschung der Oberbauchgegend zwischen zwei Puffern. Er kam 2 Stunden nach der Verletzung in die Klinik, ohne zunächst schwerere Krankheitserscheinungen darzubieten. Eine Stunde später trat jedoch Erbrechen von kaffeesatzartigen Massen ein, und Pat. bekam außerordentlich heftige Leibschmerzen. Bei der $4^1/_2$ Stunden nach der Verletzung ausgeführten Laparotomie fand sich etwa $^1/_2$ l Blut in der Bauchhöhle, das oberhalb des tiefstehenden Magens immer von neuem hervorquoll. Nach Durchtrennung des kleinen Netzes gelangte man auf das völlig quer durchtrennte Pankreas, dessen beide Enden daumenbreit auseinander standen. Die glatten Rißflächen wurden durch exakte Naht vereinigt, die Blutung so gestillt. Tamponade. Heilung. — Unter neun bisher beschriebenen Fällen von subkutaner Pankreaszerreißung ist der mitgeteilte Fall der einzige, welcher zur Heilung kam.

M. v. Brunn (Tübingen).

31) **L. Strominger** und **G. Dimitriu** (Bukarest). Betrachtungen über drei Fälle von Prostatektomie vom Standpunkte des chirurgischen Vorgehens.

(Spitalul 1905. Nr. 11.)

Der Weg, welcher zur Entfernung der Vorsteherdrüse eingeschlagen werden soll, transvesikal oder perineal, ist noch nicht festgesetzt. Die Erfahrungen, welche Herescu mit den verschiedenen Operationsmethoden gemacht hat, würden eher für die perineale Operation sprechen, da durch sie die Drüse leichter im ganzen entfernt, eine bessere Drainierung durchgeführt und die Bildung von Fisteln eher verhütet werden kann, als mit der hypogastrischen Methode.

Auch die letzten drei Fälle, deren Krankengeschichten angeführt werden, waren ein Beweis für diese Ansicht, insofern beide transvesikal operierte Pat. Fisteln bekamen, welche einige Zeit zu ihrer Heilung erforderten, während die perineale Operation glatt heilte. Auch die Blutung während und nach der Operation ist in letzterem Fall eine viel geringere.

E. Toff (Braila).

32) **Deanesly.** Cases of ureteral surgery.

(Brit. med. journ. 1905. März 25.)

Verf. berichtet über drei Fälle von chirurgischen Eingriffen am Harnleiter.

1) Freilegung des linken Harnleiters bei einem 27jährigen Manne, der 11 Jahre vorher eine Nephrotomie wegen Eiterung durchgemacht hatte und nur 2 Jahre völlig beschwerdefrei geblieben war. Harnleiter enorm ausgedehnt; aus seinem unteren Ende wird ein dasselbe verlegender ovaler Stein, 2 : 3 cm, entfernt. Nach Spaltung des zu einem kleinen Reste zusammengeschrumpften Nierensackes. Heilung nach Harnleiterdrainage.

2) Freilegung und Luxation der linken Niere bei einem 29jährigen Manne wegen Verdacht auf Stein. Niere in einen großen Sack mit dünner Wandung verwandelt, aber ohne Stein. Der gewaltig dilatierte Harnleiter wird eröffnet, sondiert, und erweist sich dicht über der Blaseneinmündung undurchgängig. Rektaluntersuchung ergibt mit Sicherheit einen Harnleiterstein. Erst 14 Tage später Feststellung einer stark vorspringenden und vergrößerten, aber normal funktionierenden Harnleitermündung im Cystoskop. Ureterostomie und Entfernung eines großen Steines dicht an der Blase und zweier ebenso großer dahinter. Heilung.



3) Bei einer 28jährigen Frau, bei der man 4 Jahre vorher eine Nephropexie gemacht hatte, und die jetzt an einer intermittierenden infizierten Hydronephrose litt, findet man bei Freilegung der Niere als Ursache der enormen Dilatation des Nierenbeckens und der Niere selbst eine Knickung des Harnleiters an seiner Einmündungsstelle beträchtlich oberhalb des tiefsten Punktes am Nierenbecken. Ausgleichung der Knickung durch Exzision eines die Hälfte des ganzen Nierenbeckens betragenden Dreiecks mit der Spitze in der Harnleitermündung, so daß die Naht vom Harnleiter bis zum Nierenhilus einer geraden Linie entsprach. Nach vorübergehender Entleerung des gesamten Urins aus der lumbalen Wunde allmähliche Wiederherstellung normaler Verhältnisse und völlige Heilung.

Verf. erwähnt ganz kurz zwei (beim Harnleiterstein wohl meist entscheidende, Ref.) diagnostische Hilfsmittel: die Cystoskopie mit Harnleiterkatheterismus und die Röntgendurchleuchtung, und erkennt ihnen nur einen sehr zweifelhaften Wert zu.

W. Weber (Dresden).

33) **G. Betagh.** Patogenesi dell' anuria in un caso di isterectomia vaginale per cancro. Con ricerca sperimentale sul cadavere.

(Ann. di r. istituto di clinica chirurgica di Messina Vol. I. 1902/1903.)

Unmittelbar nach der Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinoma colli auf vaginalem Wege, die mit Anlegung von Dauerklemmpinzetten ausgeführt war, versagte die Urinsekretion. Es gelangte erst wieder Urin in die Blase, als die Pinzetten 30 Stunden nach der Operation abgenommen wurden. Der Einwand, daß die Pinzetten die Harnleiter abgeklemmt hätten, wird durch das Ausbleiben einer Fistel widerlegt. Dagegen erscheint es wahrscheinlich, daß durch den Zug der von oben nach unten auf der linken Seite angelegten Pinzetten in dem linken, vorher entzündeten Perimetrium eine Knickung des Harnleiters stattgefunden hat, und daß rechts eine Reflexanurie bestand.

Acht Versuche der Hysterectomia vaginalis an der Leiche mit Pinzettenabklemmung von oben nach unten auf einer und von unten nach oben auf der anderen Seite führten mehrfach zu Zerrungen am Harnleiter auf der ersteren Seite, die einige Male die Fortbewegung der in den Harnleiter eingespritzten Flüssigkeit zur Blase vollkommen verhinderten. Die Ursache des Hindernisses besteht darin, daß beim Anlegen der Pinzetten von oben nach unten die letzte Pinzette zuweilen sehr in die Nähe des Harnleiters (1—2 cm von demselben entfernt) zu liegen kommt.

Dreyer (Köln).

34) **Scheben.** Beitrag zur Wirkungsweise der Edebohls'schen Operation. (Aus der chirurg. Abteilung des Herz-Jesu-Hospitals zu Bonn. Dr. Hammesfahr.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 19.)

S. hat in drei von Hammesfahr operierten (völlige Entfernung der Capsula fibrosa propria) Fällen von Nephritis (je ein Fall von akuter, von chronischer parenchymatöser Nephritis und von Schrumpfniere) erhebliche Besserungen beobachtet, die sich durch Abnahme des Eiweißgehaltes im Urin bald nach der Operation, durch Rückgang der Ödeme bei den parenchymatösen Formen nach einiger Zeit und durch Steigerung der Harnmenge in den ersten zwei Fällen, durch Sinken derselben im Falle von Schrumpfniere kund tat. Verf. nimmt an, daß nach der Operation sich eine starke Durchblutung der Niere, dadurch eine Besserung der Funktion der noch gesunden Nierenabschnitte einstellt und darauf die günstige Wirkung des Eingriffes zurückzuführen sei. Ist noch genügend gesundes oder erholungsfähiges Nierengewebe vorhanden, so könne sogar ein Stillstand des Prozesses eintreten, der bei zu weit vorgeschrittener atrophischer Schrumpfung ausbleiben werde.

Kramer (Glogau).

35) **A. Zwanziger.** Ein Fall von angeborener perinealer Dislokation des Testikels.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Verf. beschreibt einen Fall von angeborener Verlagerung des linken Hodens, der unter der Diagnose einer Luxatio testis perinealis in die Kieler Klinik eingeliefert wurde. Nach Erwähnung der verschiedenen Anschauungen über die Ätiologie des Leidens, sowie der durch dasselbe bedingten Erkrankungen lokaler, sowie allgemeiner Art kommt Verf. zu dem Schluß, daß jeder verlagerte Hoden mit Ausnahme des Bauchhodens ein Gegenstand therapeutischer Maßnahmen sein müsse, und beschreibt am Ende seiner Arbeit das in der Kieler chirurgischen Universitätsklinik übliche Verfahren, »das nicht nur die Mobilisierung des Testikels erreicht, sondern auch das lästige Aufwärtssteigen desselben beseitigt«. Es besteht in Isolierung des Samenstranges, vorsichtiger Dehnung desselben, Vernähung der Fascia funiculi spermatici mit dem Bindegewebe und Periost des Os pubis. Der am Grunde des Hodensackes liegende Hoden wird nur lose im Scrotum fixiert.

Grunert (Dresden).

36) **H. Dillmann.** Über einen Fall von Chorionepitheliom beim Manne.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 1.)

Verf. gibt einen ausführlichen histologischen Befund eines Chorionepithelioms beim Manne. Die primäre Geschwulst im Hoden zeigte diffuse Bindegewebsentwicklung, Cysten mit zylindrischem und kubischem Wandepithel, mit Langhans'schen Zellen und Andeutungen von Syncytien, ferner diffuse karzinomatöse Wucherung der Langhans'schen Zellen, ausgesprochene adenokarzinomatöse Partien und kollaterale Wucherung der großen Zwischenzellen des Hodens. In den Metastasen waren überall die Langhans'schen Zellen und Syncytien vorhanden. Derartige, auf embryonaler Keimanlage beruhende bösartige Geschwülste sprechen gegen die parasitäre Theorie und unterstützen die v. Hansemann'sche Anaplasielehre.

K. Schultze (Bonn).

37) **Dziewoncki.** Traitement de l'hydrocèle vaginale par les injections d'adrénaline au millième.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 6.)

D. behandelte zwei Fälle von Hydrokele mit Erfolg, indem er nach Punktion des Sackes 0,5 einer Adrenalinlösung 1 : 1000 in denselben einspritzte und das nach 5—8 Tagen wiederholte. Nach der ersten in beiden Fällen keine Reaktion, nach der zweiten mäßige Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit. Heilung nach 14 Tagen. In einem Falle nach 5 Monaten noch kein Rezidiv. Die Wirkung muß durch Verminderung der Sekretion seröser Flächen erklärt werden.

Mohr (Bielefeld).

38) **C. Lauenstein.** Eine Gefahr der invertierten Lage bei Operationen am Uterus.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

L. führt die in einem Falle von supravaginaler Uterusamputation wegen Myom schon am nächsten Tage nach der Operation aufgetretene akuteste Sepsis mit tödlichem Ausgange darauf zurück, daß Scheidensekret bei der invertierten Lage der Pat. durch den kurzen Cervixstumpf in das Operationsgebiet gelangt war und von hier aus durch die Stichkanäle der frischen Peritonealwunde des Beckenbodens seinen Weg in die Bauchhöhle gefunden hatte. Er empfiehlt deshalb, vor allen Operationen am Uterus bei invertierter Lage präventiv die Anfüllung der Scheide mit sterilem Materiale nach Desinfektion und Austrocknung vorzunehmen.

Kramer (Glogau).



39) **H. N. Dunn.** Innominate aneurysm; simultaneous ligature of the right carotid and subclavian arteries; recovery.

(Lancet 1905. Juni 3.)

Ein 40jähriger früherer Soldat mit Lues in der Anamnese erkrankte an einem Aneurysma der Arteria innominata; die Geschwulst ragte $3^1/_2$ Zoll nach der Seite und $1^1/_4$ Zoll über das Schlüsselbein, die untere Grenze war unbestimmt. Die Luftröhre war nach links verdrängt. Es bestanden: Dysphagie beim Schlucken fester Substanzen, Dyspnoe bei Anstrengungen und bei bestimmten Kopfstellungen, Schmerzen rechts an Kopf, Hals, Schulter und Arm, Flüsterstimme, der Radialpuls war rechts schwach und verzögert. — Nach antiluetischer Vorbereitungskur Unterbindung der Carotis über dem Omohyoideus und der Subclavia unter dem Schlüsselbein.

Nach 85 Tagen war Pat. wieder arbeitsfähig. Es besteht noch Recurrensparese, sowie Kühle und Schwäche im rechten Arme. Die anderen Symptome sind nahezu geschwunden, die Geschwulst ist erheblich geschrumpft und hart.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

40) **Currie.** Transperitoneal ligature for aneurism of external iliac artery.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

Fall von Aneurysma der linken Arteria iliaca externa. Laparotomie und transperitoneale Freilegung und Unterbindung der Arteria iliaca externa oberhalb des Aneurysmas. Pat. wurde von seinen Beschwerden befreit. Verf. konnte aus der Literatur nur 8 Fälle transperitonealer Unterbindung der A. iliaca zusammenstellen; er meint, daß diese Methode jetzt, wo sich die Gefahren der Laparotomie gemindert haben, der experitonealen Unterbindung vorzuziehen sei, da sie als leichter ausführbar und übersichtlicher gelten kann.

Herhold (Altona).

41) **Berger.** Sur une forme encore peu connue d'affection ankylosante (maladie ankylosante symétrique et progressive).

(Bull. méd. 1905. Nr. 26.)

B. beobachtete bei einer 23jährigen Frau folgenden eigenartigen Symptomenkomplex. Bei der bisher ganz gesunden Pat. stellten sich in aufeinanderfolgenden symmetrischen Schüben Ankylosen in zahlreichen großen Gelenken ein. Die Affektion begann jedesmal mit intensiven Schmerzen und Gelenkschwellung, und innerhalb einiger Monate bildete sich unter Nachlassen der Schmerzen eine schließlich ganz schmerzlose, vollständige Ankylose aus, welche allein durch die Beteiligung der Knochenenden bedingt zu sein schien, während periartikuläre Schwellungen, Muskelkontrakturen usw. vollkommen fehlten, und auch im übrigen alle anderen Organe gesund blieben. Auf diese Weise wurden nacheinander fast sämtliche Gelenke der oberen und unteren Extremitäten ergriffen, und zwar, indem die symmetrischen Gelenke erst rechts, dann links, stets beiderseits hintereinander befallen wurden, zuerst die Hand-, dann die Knie- und Ellbogengelenke. Die Entwicklung geschah im Laufe einiger Jahre, Schulter- und Hüftgelenke sind bisher frei, dagegen beginnt die Halswirbelsäule ergriffen zu werden. Aus den Röntgenbildern ergibt sich, daß die Ankylose allein durch eine Verschmelzung der knöchernen Gelenkenden ohne sonstige Deformationen am Knochen zustande kommt.

B. kommt unter Ausschluß sämtlicher anderen Ursachen zu der Ansicht, daß das Krankheitsbild zahlreiche Analogien mit der Spondylose rhizomélique aufweist, nur daß gerade die Gelenke, welche bei dieser Erkrankung befallen zu werden pflegen, bei obiger Pat. frei blieben, und umgekehrt alle bei ihr befallenen Gelenke bei der Spondylose rhizomélique gewöhnlich frei bleiben. Ähnliche Fälle finden sich nur bei Raymond (Leçons sur les maladies du système nerveux, 1901) und bei Janssen (Grenzgebiete Bd. XII) beschrieben. B. hält eine Art von chro-

nischem Rheumatismus bei vorliegendem Krankheitsbilde für ausgeschlossen, glaubt vielmehr, daß diese eigenartige Ernährungsstörung der Gelenkenden auf einer Erkrankung des Nervensystems beruhe; hierfür spräche eine als Kind überstandene spinale Lähmung bei der Pat., ebenso ein während der Entwicklung des Krankheitsbildes aufgetretener Herpes zoster, nach welchem sich im Niveau des Herpes eine Rippenhyperostose entwickelte. **Mohr** (Bielefeld).

42) **K. Röper.** Ein Fall von traumatischer Exostosis bursata (Abriß der peripheren Sehne des Biceps brachii) nebst Bemerkungen über die Bildung freier Körper in Gelenken und in Bursen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 1.)

Eine 47jährige, stets gesunde Frau erlitt durch ein Trauma eine Abreißung des M. biceps von der Tuberositas radii, wobei die Gelenkkapsel höchst wahrscheinlich mitverletzt wurde. Im weiteren Verlauf entwickelte sich einerseits an der Stelle der Sehnenabreißung von seiten des mitverletzten Periostes eine Knochenneubildung, andererseits stülpte sich die verletzte Kapsel des Ellbogengelenkes über die entstehende Exostose aus, so daß letztere mehr und mehr in den Bereich eines Divertikels der Gelenkkapsel zu liegen kam. Nachdem sich dieser ausgestülpte Teil der Gelenkkapsel im Laufe der Zeit gegen das übrige Gelenk abgeschlossen hatte, bildeten sich in ihr freie Körper in der Weise, daß sich kleine Teilchen von der üppig wuchernden Callusmasse ablösten. Der mikroskopische Befund der freien Körper und der Exostose, der ausführlich beschrieben wird, läßt nach Verf.s Ansicht keine andere Entstehungsart zu. Der Fall zeigt demnach an einem schönen Beispiele die Entstehung einer traumatischen Exostosis bursata und demonstriert die Richtigkeit der seinerzeit von Rindfleisch ausgesprochenen Behauptung, daß die über solchen Exostosen befindliche Bursa einer Ausstülpung der Gelenkkapsel ihren Ursprung verdankt.

Über die Literatur von der Entstehung von Fremdkörpern in Gelenken im allgemeinen ist die Arbeit selbst einzusehen; ein Röntgenbild ist der Arbeit beigefügt. **Hartmann** (Kassel).

43) **Negroni.** Sopra un caso di mixoma puro dello scheletro del metacarpo. Contributo alla casistica dei tumori della mano.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 2.)

75jähr. Mann. Die Geschwulst geht vom Metacarpus pollicis aus, ist nach der Abbildung fast handgroß, kuglig, glatt, teils fluktuierend, teils hart, an der Basis teils knochenhart, teils Pergamentknittern zeigend, rötlich-blau gefärbt, die Haut darüber gespannt. — Amputation im Vorderarme. — Mikroskopisch reines Myxom. Das Knochengewebe verhält sich passiv und ist in Resten in der Schale der Geschwulst erhalten. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

44) **Coley.** Amputation at the hip-joint for sarkoma, with a report of 7 cases without mortality.

(Sep.-Abdr. a. d. Transact. of the southern surg. and gynecol. assoc. 1903.)

Bei den sieben mitgeteilten Fällen ging fünfmal die Geschwulst vom Knochen, zweimal von den Weichteilen aus. In allen Fällen wurde so frühzeitig als möglich die Exartikulation im Hüftgelenke vorgenommen, aber nur in einem Falle gelang es, die Kranke mehr als 4 Jahre am Leben zu erhalten. Es handelte sich bei diesem (Fall VI) um ein 24jähriges Mädchen, welches durch dauernden Druck einer Stuhlkante in der Streckmuskulatur des Oberschenkels den Tumor erworben hatte. Der Exzision folgte schnell Rezidiv, das mit »gemischtem Toxin« (Erysipelas und Prodigiosus) des Verf.s zunächst beseitigt wurde. Dann wegen neuen Rückfalles Exartikulation und volle Heilung, die noch besteht. Auch bei einigen der anderen mitgeteilten Fälle wurde das Toxin, ebenso Röntgenbehandlung, angewandt. Bei beiden zeigten sich zeitweilige Besserungen, denen aber noch wäh-

rend der Anwendung die Rezidive folgten. Im Anschluß teilt C. vier Fälle von Amputation unterhalb des Trochanters mit, auch mit einem Erfolge nach Toxinbehandlung. Die Heilung hält hier nach zahlreichen Rezidiven 7 Jahre seit der letzten Operation stand. Aus der Praxis anderer werden noch sechs wegen Oberschenkelsarkoms amputierte bezw. mit Toxin behandelte Fälle mitgeteilt, bei denen Heilung zweimal über 4, zweimal über 5, einmal über 16 Jahre besteht, ein Pat. ist noch in Behandlung. Bei einem der Amputierten führt C. den guten Erfolg auf schwere septische Infektion (wahrscheinlich Streptokokken) zurück. Einer der Pat. mit sehr großem inoperablem Riesenzellensarkom des Femur wurde allein durch die Toxinanwendung hergestellt (4 Jahre rezidivfrei). Bei einem 11jährigen Knaben wurde Toxin- und Röntgenbehandlung gleichzeitig angewandt. Es entstanden zahlreiche Metastasen, die stets durch die Behandlung wirksam bekämpft wurden. Ist noch nicht abgeschlossen. C. hält auf Grund seiner Erfahrungen das gemischte Toxin für ein gutes Mittel, die Rückfälle zu verhüten. Es kann sowohl vor wie nach der Operation angewandt werden. **Trapp** (Bückeburg).

45) **A. Rydygier.** Beitrag zur operativen Behandlung habitueller Luxationen der Kniescheibe nach Ali Krogius.

(Przegląd lekarski 1905. Nr. 25.)

In R.'s chirurgischer Klinik wurde ein Fall von habitueller Verrenkung der Kniescheibe nach der von Ali Krogius im Zentralblatte für Chirurgie 1904 Nr. 9 angegebenen Methode operiert. Auf Grund dieser Erfahrung empfiehlt Verf. diese Methode zur Nachahmung. **Bogdanik** (Krakau).

46) **F. Sauer.** Die Heilungsresultate der Unterschenkelbrüche.

(Beiträge z. klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 184.)

Verf. hat sich der dankenswerten Mühe unterzogen, aus dem Materiale des Nürnberger städtischen Krankenhauses 111 Fällle von Unterschenkelbrüchen mit Hilfe der Berufsgenossenschaften einer Nachuntersuchung zu unterwerfen. Es befanden sich darunter 44 Brüche beider Unterschenkelknochen, 10 isolierte Brüche des Schienbeins, 6 isolierte Brüche des Wadenbeins, 21 Brüche beider Knöchel, 10 isolierte Brüche des inneren Knöchels und 20 isolierte Brüche des äußeren Knöchels. Für jede dieser Brucharten werden die Fragen nach der Dauer der Krankenhausbehandlung, nach der Zahl der Verletzten, die wieder völlig arbeitsfähig wurden und nach der Zahl der Dauerrentner, sowie auch die Zeit bis zum Eintritte der Erwerbsfähigkeit und die Höhe der Dauerrente gesondert und in Form von übersichtlichen Tabellen erörtert. Da die Resultate bei den einzelnen Unterarten nicht sehr erheblich voneinander abweichen, wird es an dieser Stelle genügen, das Gesamtresultat wiederzugeben, wie es Verf. in seinen Schlußsätzen zusammenstellt. Diese besagen, daß bei Unterschenkelbrüchen, die durch einen Betriebsunfall herbeigeführt worden sind, in mehr als 75% aller Fälle nach durchschnittlich 16,4 Monaten völlige Erwerbsfähigkeit eintritt. Ein geringer Teil der Verletzten wird schon vor der 14. Woche wieder erwerbsfähig, von den Übrigen erlangen noch 70% nach durchschnittlich 22,4 Monaten ihre völlige Erwerbsfähigkeit wieder. Von sehr wesentlichem Einfluß ist das Lebensalter, sofern im Alter von 10–20 Jahren fast alle, im Alter von 21—30 Jahren etwa $^5/_6$, von 31—50 Jahren nur noch etwa $^2/_3$—$^1/_2$, von mehr als 50 Jahren nur noch $^1/_3$ wieder völlig erwerbsfähig werden. Auch die Zeit bis zur völligen Wiederherstellung nimmt mit dem Alter erheblich zu, sie betrug im 2. Dezennium 14 Monate, im 4. Dezennium 24 Monate. Selbst anfangs schwere Funktionsstörungen besserten sich im Laufe der Zeit sehr wesentlich, so daß die Dauerrenten meist nur von geringer Höhe waren. Eine noch weitere Verbesserung der Resultate scheint die Bardenheuersche Extensionsbehandlung zu versprechen, die bei den in der Arbeit verwerteten Fällen noch nicht prinzipiell angewendet wurde.

M. v. Brunn (Tübingen).

47) **Renton and Teacher.** A central tumor of the tibia: malignant angioma.

(Glasgow med. journ. 1905. Mai.)

Ein 65jähriger Mann hatte seit 18 Monaten eine langsam wachsende Geschwulst des Tibiaschaftes. Operation wurde zunächst verweigert. 6 Monate später brach das Bein an dieser Stelle und wurde nun amputiert. Pat. genas.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung hatte ein bemerkenswertes Ergebnis. Die Geschwulst bestand aus zwei verschiedenen Geweben: erstens war sie aus dünnwandigen Gefäßen mit dazwischen eingebetteten großen polygonalen Zellen aufgebaut und glich in dieser Partie einem Peritheliom; der andere Teil der Geschwulst bestand aus großen Alveolen, mit flüssigem Blute gefüllt; die Alveolenwand wurde aus kubischen Zellen gebildet, die Alveolen selbst von fibrösem Gewebe umgeben. Zwei Mikrophotogramme sind begegeben.

W. v. Brunn (Rostock).

48) **Somerville.** Scrofulous ulcers of the legs (Bazin's malady).

(Brit. med. journ. 1905. Februar 4.)

Bericht über eine 11jährige Pat. mit rezidivierender Bazin'scher Krankheit. Innerhalb weniger Tage entwickelten sich am linken Unterschenkel schmerzlos mehrere Knoten unter der Haut, die sich bald in sechs bis sieben verschiedenartig gestaltete, bis 2 cm im Durchmesser große Geschwüre verwandelten mit grauem Grund und dünn-seröser Sekretion. Die Haut in der Nachbarschaft war bläulich-livide und stark infiltriert. Heilung unter Bettruhe, Lebertran, Eisen, feuchten Umschlägen. 6 Jahre später trat an genau der gleichen Stelle ein Rezidiv auf, das jeder therapeutischen Beeinflussung trotzte. Erst die Anwendung von Hochfrequenzströmen brachte schnelle Heilung in 41 Sitzungen von je 8 Minuten Dauer. Verf. betont die Ähnlichkeit der Geschwüre mit luetischen, bezeichnet sie aber nicht als solche. Ein Heilversuch mit Jodkali wurde anscheinend nicht angestellt.

W. Weber (Dresden).

49) **H. Landwehr.** Zur Kasuistik der Verrenkungsbrüche des Talocruralgelenkes.

Inaug.-Diss., Köln, 1905.

Einer Zusammenstellung der noch recht auseinandergehenden Ansichten der Autoren über Entstehung und Benennung der Verrenkungsbrüche des Fußgelenkes fügt Verf. aus dem Kölner Bürgerhospital eine Übersicht des reichen Materiales an Verletzungen des Talocruralgelenkes, sowie die ausführlichen Krankengeschichten und die kritische Besprechung der 28 darunter befindlichen Verrenkungsbrüche hinzu. Die Kranken wurden alsbald nach der Einlieferung nach der Bardenheuer-schen Technik in den Zugverband gelegt. Die Erfolge waren bei den 23 Pat., die sich einer angemessen langen Behandlung unterwarfen, glänzend. 21 wurden als geheilt entlassen, 2 mit geringer Gebrauchsbehinderung. Bei 11 Kranken war es möglich, Nachrichten über Wiederaufnahme der Arbeit oder Rentenbezug zu erlangen. Nur bei einem kam es zu dauernder Funktionsstörung durch Ausbildung eines traumatischen Plattfußes.

Georg Schmidt (Berlin).

Berichtigung. In der Beilage zu Nr. 30 d. Bl. lies auf p. 118 Z. 18 v. o. »rund 28% Heilung für die genähten und rund 14% für die nicht genähten«.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 35. **Sonnabend, den 2. September.** **1905.**

(Aus der chirurgischen Abteilung des Neuen Krankenhauses zu Kalk-Köln.)

Zur Pathologie des Prolapsus ani et recti und seine operative Behandlung durch Beckenbodenplastik.

Von

Dr. **C. Hofmann,**
leitend. Oberarzt der Abteilung.

Der Prolapsus ani et recti ist für den damit Behafteten ein äußerst lästiger, die Bewegungsfreiheit im höchsten Maße behindernder und schließlich auch für die Gesundheit auf die Dauer nicht ungefährlicher Zustand. Dazu kommt, daß unsere bisherigen Behandlungsmethoden, einschließlich der operativen, in bezug auf Dauererfolge sehr vieles, wenn nicht oft alles zu wünschen übrig lassen. Auszunehmen sind auch keineswegs die großen operativen Eingriffe, wie

die sicher nicht gleichgültige Rektumresektion, die durch Laparotomie vorzunehmende Colopexie oder die Verödung des Douglas. Bei allen sind Rezidive vielleicht häufiger als wirkliche Erfolge beobachtet worden.

Die Operationsmethoden, welche lediglich auf eine Verengerung des Afters hinzielen, sind zwar weniger eingreifend, aber in bezug auf den Erfolg ebenso unsicher; ja vielfach tauscht man hier, wenn man sehr radikal vorgeht, die narbige Striktur gegen den Prolaps ein. Den Dank seiner Pat. wird man sich dabei nicht verdienen. Eine Ausnahme macht vielleicht der Thiersch'sche Drahtring, der auch eigentlich nicht nur den After verengern, sondern als Dauerbandage den Intestinalbruch, wie der Prolaps sich nach der neueren Auffassung darstellt, zurückhalten will. Jedenfalls bedeutet die Einlegung des Ringes einen kleinen Eingriff, der aber in der Tat eine sehr rationelle Stütze für das prolabierte Rektum abgeben kann. Der Drahtring ist mit einem gut sitzenden Bruchband zu vergleichen, das den Bruch zwar nicht heilt, aber doch seine schädlichen Folgen ausschaltet. Er teilt aber auch mit dem Bruchbande dessen Nachteile und wird deshalb manchem nicht als wünschenswert erscheinen.

Bei dieser ganzen Sachlage ist es auffallend, daß öfter in den letzten Jahren Erfolge, selbst bei sehr großen Prolapsen, durch die Thure-Brandt'sche Massage erzielt worden sind. Ludloff[1] empfiehlt daher bei allen freien Prolapsen zunächst einen Versuch mit der Massage, von der er sich vielfach Besserung verspricht. Diese Erfolge sind nur erklärlich, wenn man dem Beckenboden bezw. der Beckenbodenmuskulatur, auf deren Kräftigung und bessere Funktionsfähigkeit die Massage ja nur abzielen kann, eine andere Bedeutung für die Pathologie des Prolapses und seine Beseitigung, als dies bisher geschehen ist, beimißt.

Die alte, wohl allgemein unter dem Einfluß Esmarch's angenommene Auffassung über die Entstehung des Mastdarmvorfalles war ja die, daß zuerst die Analschleimhaut prolabiert und so allmählich das in seinen Wandverbindungen innerhalb des Beckens gelockerte Rektum nachfällt oder nachgezogen wird. Der Modus hat sehr viel Einleuchtendes an sich, wenn er auch die Erklärung für die eigentliche Grundursache des Analvorfalles und somit des ganzen ausgebildeten Leidens schuldig bleibt. Die zur erklärenden Deutung herbeigezogenen Hämorrhoiden, Dauerdurchfälle usw. können meines Erachtens doch nur als begünstigende Momente und nicht als Grundursache aufgefaßt werden; denn sonst müßte der Vorfall bei dem häufigen Bestehen jener Zustände schon ungemein viel öfters auftreten als es in Wirklichkeit der Fall ist.

Waldeyer hat dann auf Grund anatomischer Beobachtungen auf einen Tiefstand der Plica Douglasii hingewiesen und den Vorfall des Rektums lediglich als durch die Wirkung des intraabdominellen Druckes

[1] Ludloff, Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1889.



hervorgerufen betrachtet. Der Vorfall reiht sich damit den Hernien an. Diese Auffassung hat sich auch besonders Ludloff zu eigen gemacht, und er hat zwei grundverschiedene Leiden nach ihrer Entstehungsweise angenommen: den Prolapsus ani et recti und die Invaginatio recti et ani. Der Versuch dieser scharfen Trennung bei dem klinisch gleichen Befunde beweist zum mindesten, daß die angenommenen Entstehungsursachen des Prolapses nicht für alle Fälle ausreichen und nicht die gleichen zu sein scheinen. Theoretisch ist die Trennung zwischen hernienmäßigem Prolaps und Invagination wohl zu machen; ob aber praktisch der Unterschied, wenn er wirklich bestehen sollte, wird auseinandergehalten werden können, ist zum mindesten zweifelhaft. Eine stärkere Invagination des Rektums wird sicher die Plica Douglasii früher oder später tiefer treten lassen, und ein tiefstehender Douglas soll ja das Rektum von vorn her invaginieren und so zum Prolaps führen.

Entstehen nun beide Zustände nicht unter der gleichen Voraussetzung? Und wird dadurch — praktisch wenigstens — der ganze Unterschied nicht hinfällig? Diese Fragen drängen sich einem hier unwillkürlich auf. Ich glaube sie beide zusammen dahin beantworten zu können, daß das Hervortreten der Analschleimhaut und größerer oder kleinerer Teile des Rektums vor den After nur durch eine Nachgiebigkeit des Beckenbodens zustande kommen kann. Ein in seinem anatomischen Bau und vor allem in seiner Elastizität nicht beeinträchtigter Beckenboden wird niemals, auch beim stärksten intraabdominellen Druck nicht, ein wesentlicheres Tiefertreten des Douglas und noch weniger ein Hervortreten von Teilen des Rektums oder gar Teilen der Bauchhöhle gestatten. Erst ein defekter und seiner Aufgabe, die darin besteht, die Bauchhöhle nach unten stützend abzuschließen, nicht mehr gewachsener Beckenboden wird gleichsam die Bruchpforte für den Prolaps abgeben.

Der Hergang stellt sich dann folgendermaßen dar: ein funktionsuntüchtiger Beckenboden verliert seine Elastizität, wird nachgiebig, dehnt sich immer mehr und gestattet nun entweder zunächst den untersten Analpartien, dem Zuge der Schwere folgend und gleichzeitig dem intraabdominellen Drucke nachgebend, aus dem Analring hervorzukommen oder, wenn das S romanum sehr beweglich und nachgiebig und die innere Wand des Beckenbodens (innere Beckenfascie) wenig resistent ist, daß dann zuerst die vordere Wand des Rektums in die Ampulle invaginiert und weiter fortschreitend der Prolaps ausgebildet wird. Ganz ähnliche Verhältnisse bestehen ja bei dem Prolaps der weiblichen inneren Genitalien. Hier hat der Prolaps stets einen anatomischen oder funktionellen Defekt des Dammes zur Voraussetzung. Nur ein Uterus, der des stützenden Dammes entbehrt, kann prolabieren.

Die dem Beckenboden zukommende und den Ausschlag gebende Rolle bei der Entstehung des Vorfalles erklärt auch erschöpfend die gut bekannte Tatsache, daß Kinder und schwächliche Frauen meistens

von dem Leiden befallen werden. Ja auch die Tatsache, daß der Zustand gerade bei Kindern allmählich spontan wieder verschwinden kann, findet darin eine ungezwungene Erklärung. Der Beckenboden ist nämlich bei Kindern besonders durch die noch häufig fehlende Exkavation des Steißbeines, wie wir gleich sehen werden, und die Schwäche der Muskulatur wenig resistent. Der starke intraabdominelle Druck, wie ihn die Kinder bei der Defäkation häufig entwickeln findet an dem schwachen Beckenboden keinen Widerstand und wirkt nun hervordrängend auf das Rektum und den Anus; der Prolaps ist fertig. Durch die weitere Entwicklung des Kindes bekommt aber der Beckenboden allmählich normale Form und Stärke, und nun fehlt der Prolaps, obwohl der intraabdominelle Druck bei der Defäkation derselbe bleibt. Die Spontanheilung ist erfolgt; eine ausreichende Erklärung für sie fehlte aber bisher. Auf denselben Umstand ist auch wohl die häufige Wirksamkeit der Thure-Brandt'schen Massage zurückzuführen.

Das häufige Versagen der bisherigen Operationsmethoden gewinnt unter dieser Auffassung ebenfalls eine aufklärende Beleuchtung. Es ist mehr wie begreiflich, daß sich sowohl nach der Resektion als auch nach der Colopexie der Mastdarmvorfall wieder einstellen muß, wenn der stützende Damm nicht ersetzt wird. Die bei der Colopexie intra- oder extraabdominell bewirkte Fixation gibt, wie hinreichend bekannt ist, nach und zieht sich strangförmig aus. Ferner ist uns die Neigung zum Vorfallen des Rektums auch nach hohen Rektumamputationen, welche zur Beseitigung von Karzinomen ausgeführt wurden, aufgefallen. Bei der Exstirpation des Mastdarmes unter Mitnahme der Analportion wird der Beckenboden erheblich beeinträchtigt. Würde man selbst nach einer 20—25 cm hohen Amputation den Darmstumpf primär mit der äußeren Haut vernähen, so wäre später ein großer Prolaps die unausbleibliche Folge. Ich habe deshalb früher[2] empfohlen, in solchen Fällen den Rektumstumpf mehrere Zentimeter unter dem Niveau der äußeren Haut frei in der Wundhöhle liegen zu lassen. Die von außen her sich allmählich gegen den Darmstumpf einziehende Narbe wird später derartig widerstandsfähig, daß sie den stützenden Beckenboden ersetzt und den Prolaps verhindert. Ich erwähne dies hier nur, um zu zeigen, wie groß die Bedeutung des Beckenbodens bezw. eines ihn funktionell vertretenden Ersatzes für die Situationserhaltung des Mastdarmes ist, zumal die Erfahrung auf Beobachtungen beruht, die an eigenen Fällen gemacht worden sind und die bis zu einem gewissen Grade bestimmend für unsere gesamte Auffassung der Pathogenese des Mastdarmvorfalles geworden sind.

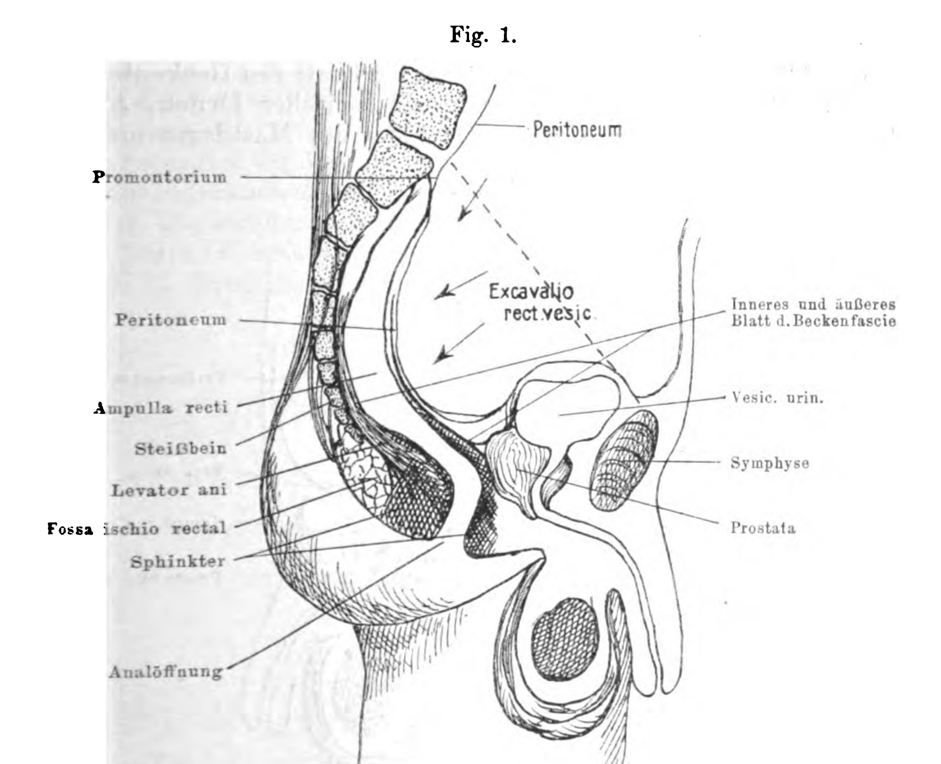
Eine kurze Betrachtung der topographisch-anatomischen Verhältnisse diene zur erklärenden Orientierung. Die Ampulle des Mastdarmes liegt normalerweise in der Exkavation des Steißbeines (s. Fig. 1). Das Steißbein bildet also nach hinten den Abschluß des Becken-

[2] Zentralblatt für Chirurgie 1904. Nr. 45.



bodens, der nach vorn zu durch die Muskulatur und die Fascien vervollständigt wird. Die Muskeln, die im wesentlichen in Betracht kommen, sind der Sphincter und Levator ani und in geringerem Maße der M. coccygeus, rectourethralis und transversus perinei. Besonders der M. levator ani fällt durch seine nach innen offene, trichterförmige Anordnung, indem er beiderseits vom knöchernen Becken von vorn her zum Rektum zieht, als Stütze des Beckenbodens sehr ins Gewicht.

Fig. 1.



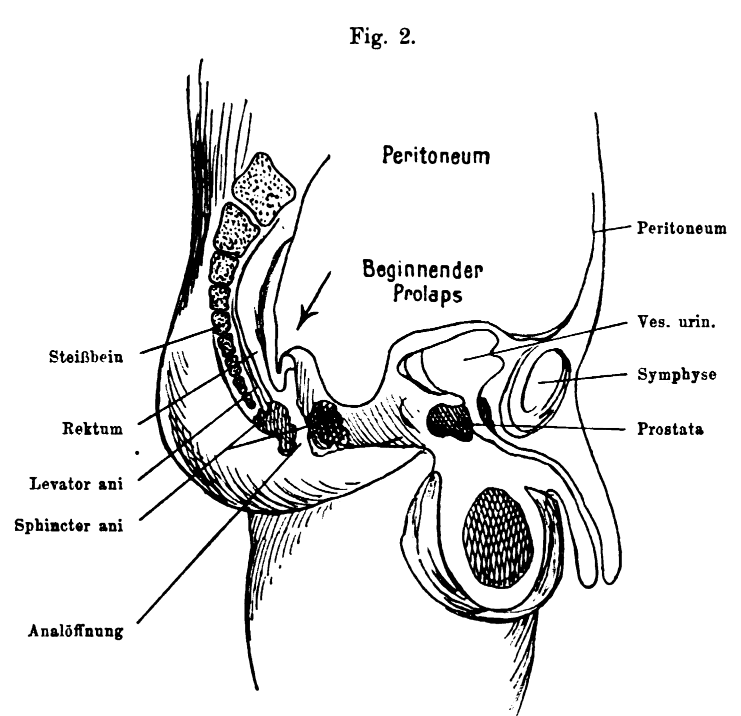
Das Zentrum dieses vom Levator ani gebildeten Trichters wird durch den Sphinkter wesentlich verstärkt, nach vorn durch den M. transversus perinei und die Genitalmuskulatur abgeschlossen und nach hinten durch den M. coccygeus bezw. das Steißbein vervollständigt. Als weitere Verstärkung dient die Fascia endopelvina. Die normale Topographie stellt Fig. 1 im Medianschnitt schematisch dar.

Aus dieser schematischen Übersicht geht hervor, daß einmal eine Veränderung im Bau und in der Stellung des Steißbeines, sodann auch ein Nachlassen des Tonus der Muskulatur resp. eine Atrophie derselben zu Veränderungen des Beckenbodens führen muß (s. Fig. 2 als schematisch gezeichnete anormale Situation). Meistens werden wohl

beide Faktoren bei der Entstehung des Mastdarmvorfalles zusammentreffen.

Es ist anatomisch bekannt, daß bei Kindern die Krümmung des Steißbeines noch keine so ausgeprägte ist, wie beim Erwachsenen, und daß daher die Ampulla recti nicht in einer so vollkommenen Aushöhlung liegt, wie es später der Fall ist. Dazu kommt eine noch geringe Ausbildung der kindlichen Muskulatur und die Kleinheit der ganzen Verhältnisse, welche eine steilere Wandstellung des trichterförmigen Beckenbodens erfordert. Diese Anordnung bedeutet aber eine funktionelle Schwächung der stützenden Kraft des Beckenbodens. Gesellt sich dazu nun ein starker intraabdomineller Druck, so entsteht der Eingeweidebruch unter der Form des Mastdarmvorfalles;

Fig. 2.



der Beckenboden spielt dabei die Rolle der Bruchpforte. Die hintere Umrandung des Afters, die normalerweise, wie ich durch vielfache Messungen gesehen habe, etwa 3—4 cm vor der Steißbeinspitze liegt, tritt viel näher an dieselbe heran.

Beim Kinde treffen die geschilderten Verhältnisse öfters zusammen; daher auch das häufige Vorkommen des Rektumvorfalles im kindlichen Alter. Tritt er in späteren Jahren auf, so sind wohl die anatomischen Verhältnisse meist im kindlichen Stadium der Entwicklung bis zu einem gewissen Grade stehen geblieben, und die Schwäche der Beckenbodenmuskulatur ist eine Teilerscheinung einer allgemeinen körper-

lichen Schwäche. Schwächliche Frauen stellen bekanntermaßen neben den Kindern den größten Prozentsatz der Erkrankten. Immerhin ist das Leiden bei Erwachsenen ein relativ seltenes.

Die auf Beseitigung des Rektumvorfalles abzielende Therapie muß nach dem Gesagten auf eine Wiederherstellung oder Bildung eines gut stützenden Beckenbodens hinarbeiten. Dieser Forderung hat bisher, wenn auch mehr empirisch und in unvollkommener Weise, nur die Massage nach Thure-Brandt Rechnung getragen. Ich habe mit einer operativen Beckenbodenplastik diesem Ziel nahe zu kommen versucht und glaube es in vollkommenster Weise erreicht zu haben.

Die Methode der Beckenbodenplastik, wie ich sie in mehreren Fällen bereits sehr erfolgreich ausgeführt habe, gestaltet sich folgendermaßen: An der Grenze von Haut und Schleimhaut wird nach der für Analoperationen üblichen, nach jeder Richtung hin recht sorgfältigen Vorbereitung (Stuhlentleerung, Sitzbäder, Isoformpaste usw.) die hintere Umrandung des Anus mit einem ϱ-förmigen Schnitt (s. Fig. 3) durchtrennt und um das Rektum meist stumpf nach der

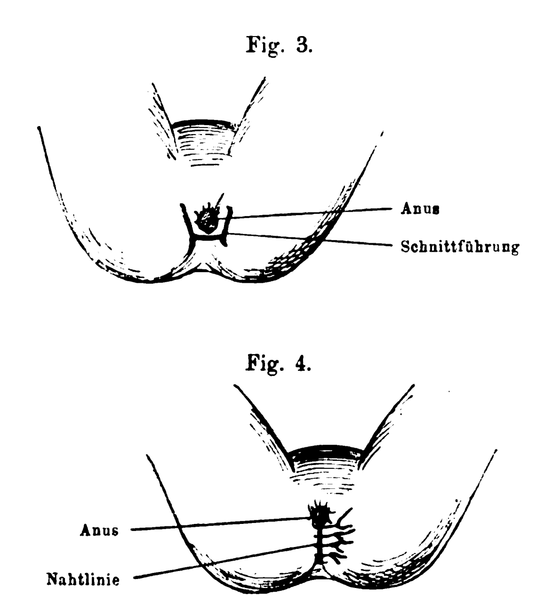


Fig. 3.

Fig. 4.

Tiefe zu 4—5 cm nach vorn abgelöst. Die Blutung ist nicht sehr erheblich; in Frage kommen Äste der Art. haemorrhoid. inferior. Faßt man jetzt die Mitte der beiden Wundränder mit Klemmen und zieht den rektalen Wundrand nach vorn und den anderen nach hinten, so hat man eine trichterförmige Wundhöhle vor sich, die von der Tiefe aus mit starkem Catgut quer in Etagen vernäht wird. Wenn man es für nötig erachtet, kann man die Haltbarkeit der späteren Narbe noch durch die eine oder andere versenkte Drahtsutur erhöhen.

Schließlich werden außen die Wundränder mit feinen Drahtnähten, die sich nicht imbibieren, vereinigt. Es entsteht eine Nahtlinie, wie sie in Fig. 4 gezeichnet ist. Eine Spannung beim Vernähen in der Tiefe ist nicht vorhanden. Es sind ähnliche Verhältnisse, wie sie bei der bekannten Dammplastik nach Lawson Tait vorhanden sind. Eine Strikturierung des Rektums ist unmöglich. Bei der Methode wird vor allem von dem vorhandenen plastischen Materiale nichts geopfert, ein Grundsatz, der überhaupt jeder plastischen Operation zum Vorteil gereicht. Die Primärheilung der Wunde ist natürlich Voraussetzung für den erfolgreichen Effekt.

Die geschilderte Beckenbodenplastik, wie man sie wohl nennen kann, stellt einen im Verhältnis zur Schwere des Leidens geringen und dabei sehr erfolgreichen Eingriff dar. Ich glaube, daß man nunmehr auch bei Kindern, wo eine interne Therapie nicht sehr schnell zum Ziele führt, sich eher als bisher zur operativen Beseitigung des Mastdarmvorfalles entschließen wird.

Ferner brauche ich nur zu erwähnen, daß, wenn man bei einem sehr großen Vorfall eines erwachsenen Menschen auch eine normale Lagerung des S romanum und des Colon descendens intra abdominem zunächst wünscht, einer Colopexie neben der Plastik nichts im Wege steht. Persönlich glaube ich zwar, daß selbst eine derartig unterstützende Maßnahme nach der Beckenbodenplastik im allgemeinen nicht nötig sein wird. Dagegen halte ich eine etwa dreiwöchentliche Bettruhe nach der Operation für wünschenswert.

---

1) **D. H. Craig.** The after-treatment of abdominal sections with eserine salicylate.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Nr. 11.)

C. empfiehlt Eserin- und Atropininjektionen (kombiniert), um der Darmatonie nach Laparotomien vorzubeugen. Er hat dieses Ziel völlig erreicht bei folgendem Verfahren:

Bei Kranken mit normalem Stuhlgang, die auf Abführmittel leicht reagieren, injiziert er 0,001 g, also die Maximaldosis; das ist meist ganz genügend, zumal wenn die Därme leer sind. Im Bedarfsfalle kann diese Dosis bald wiederholt werden. Bei chronischer Verstopfung gibt C. 0,002, bei starker Gewöhnung an Abführmittel und Darmatonie bis 0,003 g; wo eine vorangehende Orientierung nicht möglich ist, 0,0015, event. zu wiederholen. Nach hinreichender Übung sind Wiederholungen sehr selten nötig.

In diesen Dosen darf das Eserin nie angewendet werden ohne Kombination mit Atropin, das alle unerwünschten Nebenwirkungen des Eserins aufhebt, aber die Anregung der Peristaltik unterstützt. Dabei soll das Atropin vor der Narkose gegeben werden, weil es langsamer wirkt und weil es die Schleimsekretion bei der (Äther-) Narkose herabsetzt (Atropin 0,0004 g subkutan kurz vor oder 0,0006 innerlich eine Stunde vor der Narkose). Das Eserin wird nun in einer

Pravazspritze bereit gehalten, um bei der Operation subkutan injiziert zu werden, sobald nach genauer Orientierung feststeht, daß nicht die geringste Gefahr einer Schädigung der subserösen Teile des Darmes besteht. Es soll also nicht angewendet werden, wenn durch Lösung von Verklebungen die Muscularis mit geschädigt wird, auch nicht bei Darmresektionen und Anastomosen, oder wenn infektiöses Material in der Bauchhöhle zurückbleiben könnte. Die Anwendung würde sich praktisch also hauptsächlich auf gynäkologische Operationen beschränken.

Es darf nur das salizylsaure Eserin in frisch bereiteter Lösung verwendet werden.

Schädliche Folgen hat C. nie gesehen außer vorübergehendem Schwächegefühl in einem Fall, in dem kein Atropin gegeben war. Sonst hat er nur günstigen Einfluß auf das Allgemeinbefinden, Verminderung des postoperativen Erbrechens, Abnahme des Leibesumfanges in den ersten 24 Stunden nach der Operation, kurz eine Erleichterung des Verlaufes nach der Operation bei allen Kranken beobachtet, niemals mehr Darmatonie erlebt.

Lengemann (Bremen).

---

2) **A. Krogius.** Über Frühoperation bei der akuten Appendicitis.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVI. p. 165.)

Die Arbeit ist als Einleitungsvortrag beim 6. nordischen Chirurgenkongreß geschrieben zur Frage über die Frühoperation bei akuter Appendicitis, um septische Infektion fernzuhalten oder zu begrenzen. Die Resultate, zu welchen Verf. kommt, lauten:

Die Frühoperation bei akuter Appendicitis ist ein unschätzbares Mittel, einen schweren Appendicitisanfall abzuschneiden und die Sterblichkeit bei dieser Krankheit auf ein Minimum zu reduzieren.

Nicht alle Appendicitisanfälle indizieren Frühoperation; dieselbe darf vielmehr in jedem Falle nur auf bestimmte Indikationen hin vorgenommen werden.

In den durchaus leichten Fällen, wo nicht ein Symptom Besorgnisse erregt, und der Verlauf sich als eine nach der Erkrankung stetig fortschreitende Besserung gestaltet, ist jede Operation während des Anfalles unnötig.

Frühoperation ist dagegen angezeigt in allen schweren Fällen von Appendicitis, wo die Symptome eine drohende oder schon eingetretene Perforation andeuten.

Unter den schweren Appendicitisanfällen, so wie sie sich im Anfange gestalten, können zwei klinisch verschiedene Typen unterschieden werden: Die eine, der »Perforationstypus«, ist durch plötzliche Erkrankung charakterisiert mit heftigen Schmerzen und anderen schweren Symptomen. Diese schweren Initialsymptome indizieren schon an und für sich eine unmittelbare Operation. Bei dem anderen, dem »Gangräntypus«, tritt der bösartige Charakter des Anfalles nicht sowohl in der Intensität der Initialsymptome hervor, als in der fortschreitenden

Verschlechterung, die nach dem ersten Krankwerden eintritt. Jede stufenweise hervortretende Verschlechterung der Symptome, sowie ein Wiedereinsetzen schwerer Symptome nach relativer Euphorie, die oft dem Einsetzen der Erkankung folgt, muß als Aufforderung zur Frühoperation benutzt werden.

Unter den einzelnen Symptomen, denen für die Forderung der Frühoperation eine große Bedeutung zukommt, sowohl für sich allein als in Verbindung mit anderen, stehen in erster Linie: diffuse Spannung der Bauchmuskeln, ausgebreitete Druckempfindlichkeit des Bauches, heftige spontane Schmerzen, schwer benommenes Aussehen, schneller und weicher Puls, wiederholte Fieberschauer, Erbrechen, das eine Zeit nach dem ersten Erkranken mit vermehrter Kraft wiederkehrt, völlige Verstopfung u. a. m.

Die Frühoperation bei akuter Appendicitis soll sobald als möglich vorgenommen werden nach dem Einsetzen derjenigen Symptome, die eine Operation indiziert haben, und muß, um auch bei den zu diffuser Peritonitis neigenden Fällen Rettung in Aussicht zu stellen, womöglich in den ersten 36 Stunden nach der ersten Erkrankung bezw. nach Einsetzen der ersten schweren Symptome ausgeführt werden.

Hansson (Cimbrishamn).

---

3) **Tuffier** et **Jeanne.** Les gastrorragies dans l'ulcère simple de l'estomac.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 2—4.)

Die Magenblutungen werden zuerst klinisch eingeteilt in foudroyante, akute und chronische; die ersten fallen aus dem Rahmen der Besprechung, da eine Rettung hier nicht möglich ist; anders gestaltet sich die Frage bei den akuten Blutungen, deren Diagnose zuerst spezialisiert wird; Verff. schließen: eine Magenblutung, welche bei völliger Gesundheit oder nach längerer Magenerkrankung auftritt, stammt aus einem Geschwür, in beliebiger Periode seiner Entwicklung. Je weniger ausgesprochen oder von je kürzerer Dauer bisher die Beschwerden waren, um so oberflächlicher dürfte die Zerstörung der Schleimhaut sein, um so ungehinderter die Manipulation des Absuchens, aber auch um so schwieriger mitunter die Auffindung der blutenden Stelle.

Die Zahl tödlicher Blutungen wird von Leube auf 8%, von Bramwell auf 1,28% der Geschwüre berechnet. T. schließt sich dem ersteren an. Im allgemeinen kommen die Todesfälle auf jene schnell tötenden, keiner Behandlung zugänglichen Blutungen, und bei den anderen leistet die moderne innere Behandlung — absolute Enthaltung von ossaler Nahrungs- und Wasserzufuhr — Adrenalin tropfenweise gestattet — Eis auf den Magen, Kochsalzlösung subkutan oder intravenös, Gelatine oder Kalziumchlorid rektal — außerordentlich viel.

Trotzdem gehört das blutende Geschwür vom ersten Augenblick an zur Domäne des Chirurgen, damit er nach einer zweiten, spätestens dritten Blutung, welche die Insuffizienz innerer Therapie bewies, sofort einschreiten könne. Die Indikationsstellung läßt sich nicht

anders begründen, weder auf die Zählung der roten Blutkörperchen, da Kranke mit 1200000 noch durchkommen, noch auf die Menge des auf einmal erbrochenen Blutes, die unsicher zu bestimmen ist. Freilich ist die Aufgabe des Chirurgen, die Blutung operativ zu stillen, höchst dornenvoll, und Verff. schildern die Lage des Operateurs, der beim ausgebluteten Kranken nach der blutenden Stelle vergeblich sucht, mit packender Anschaulichkeit. Recht entmutigend waren die ersten Anfänge der chirurgischen Behandlung der Magenblutung: von 15 Operierten starben 10 (Savariand 1898). Doch möge man nicht vergessen, daß die Geschichte der Eingeweidechirurgie für alle Operationen das gleiche lehrt, und daß schon seither die Mortalität von 67% auf 37% gesunken ist. Besonderen Wert legen Verff. daher auf genaue Kenntnis der Technik. Von allen bisher verwendeten Methoden lassen sie nur zwei gelten: bei kleinen Erosionen und flachen Geschwüren, die durch Eversion des frei beweglichen, breit inzidierten Magens, event. mit Hilfe elektrischer Stirnlampen gesucht werden müssen, die Schleimhautnaht; bei kallösen, verwachsenen, geschwulstähnlichen Geschwüren, wenn die Exzision nicht möglich ist, die Abbindung der zuführenden Gefäße; die Thermokauterisation ist zu verwerfen. Mit großer Sorgfalt wird in Heft 4 die Aufsuchung der zuführenden Artt. gastroduodenalis, coronaria super. und splenica beschrieben, was wohl nirgends so genau zu finden sein wird. Zur Heilung chronischer Hämorrhagien hat man die Gastroenterostomie empfohlen; sie genügt oft — aber nicht immer.

An der günstigen Heilungsziffer wird man für die Allgemeinheit noch einige Abstriche machen müssen; trotzdem ist die empirische Anregung der Verff. nur zu begrüßen und dem Studium zu empfehlen.

Christel (Metz).

---

4) **v. Tabora.** Zur Pathologie des Magenkarzinoms.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Nach Besprechung der Bedeutung des Milchsäurebefundes und der langen Bazillen für die Diagnose hebt v. T. als ein sehr wichtiges diagnostisches Moment, das oft schon vor allen anderen in die Erscheinung tritt, das Vorkommen nämlich von stecknadelkopfgroßen und noch kleineren, oft nur mikroskopisch als solche erkennbaren Blutgerinnseln hervor. Während Verf. der operativen Therapie des primären und sekundären Pyloruskarzinoms sehr das Wort spricht, mag dieselbe in der Radikaloperation oder Gastroenterostomie bestehen, hält er das Karzinom der kleinen Curvatur für ein Noli me tangere.

Borchard (Posen).

---

5) **Cannon** and **Blake.** Gastro-enterostomy and pyloroplasty.

(Annals of surgery 1905. Nr. 5.)

Verff. haben bei mehreren Katzen teils die Gastroenterostomie, teils die Pyloroplastik ausgeführt, die Tiere durch mit Wismut gemischter Kost ernährt und im Röntgenbilde den Gang des Speise-

*

breies beobachtet. Die Beobachtungen lassen sich in folgendem zusammenfassen: Der Magen ist in andauernder Bewegung, solange sich noch Speisereste in ihm finden; dabei werden die letzteren andauernd nach dem Pylorus getrieben und in der Pylorusgegend vorwiegend durch die Säfte verdaut und verkleinert. Der Magen stellt sich während der Verdauung immer mehr senkrecht, so daß schließlich der Pylorus am tiefsten steht; außerdem findet während der Entleerung des Magens eine Verkürzung desselben statt. Wenn eine Gastroenterostomie gemacht war, so zeigte es sich, daß die Speisen weniger durch diese Öffnung in den Darm passierten, sondern daß sie mehr an dem Stoma vorbei zum Pylorus getrieben wurden und lieber durch diesen in den Darm gelangten. Dieses fand auch statt, selbst wenn der Pylorus künstlich verengert war. Hierbei hatte es keine Bedeutung, ob die Anastomose an der vorderen oder hinteren Magenwand angelegt war. Ein Circulus vitiosus, d. h. ein Hindurchtreten von Mageninhalt in den proximalen Teil der Anastomose und von hier wieder in den Magen wurde an den Tieren beobachtet, ohne daß es aber zu den bekannten klinischen Symptomen von Erbrechen usw. kam; nur wenn eine Knickung der abführenden Schlinge stattfand, kam es zum Erbrechen. Je stärker der Magen angefüllt war, um so weniger ging durch die Anastomose in den Darm; die Verbindung zwischen Magen und Darm wird bei starker Anfüllung des Magens schlitzförmig verengt. Aus diesen Gründen ist nach den Verff. der Pyloroplastik namentlich nach der von Finney (referiert in diesem Blatte) angegebenen Methode (Gastroduodenostomy) der Vorzug vor der Gastroanastomose zu geben. In physiologischer Beziehung spricht hierfür noch der Umstand, daß der Chymus, nur wenn er durch den Pylorus geht, mit Pankreassaft und Galle gemischt wird, und daß sich nach Gastroenterostomie Geschwüre im Jejunum oder Ileum bilden können.

Herhold (Altona).

---

6) **A. Lane.** Chronic constipation and its medical and surgical treatment.

(Brit. med. journ. 1905. April.)

L. setzt des näheren seine mechanische Theorie der chronischen Verstopfung auseinander. Eine oft schon in der Kindheit infolge unzweckmäßiger Ernährung einsetzende Überdehnung des Dickdarmes mit Gas erzeugt durch Knickung und die Schwere von Blind- und aufsteigendem Dickdarm einerseits, wie Querkolon anderseits einen scharfen Winkel an der Flexura hepatica. Diese Knickung und eine ähnlich entstehende an der Flexura lienalis erschweren dem Darminhalt die Fortbewegung. Entzündliche Vorgänge im Darme sind die Folgen der Kotstauung und erzeugen ihrerseits wiederum peritonitische Verwachsungen, welche den Dickdarm in seiner fehlerhaften Lage vollends fixieren. In den meisten Fällen hat eine Appendicitis ihre erste Ursache in einer solchen coecalen Kotstauung mit nachfolgender Fixierung von Blinddarm und Appendix an unrechter Stelle. Ein

weiteres Hindernis für die Darmentleerung ist die Atrophie der Bauchmuskeln als Folge der Korsetteinschnürung und der direkte Druck des Korsetts auf die beiden Dickdarmflexuren unter dem Rippenrande. Die Fixierung der Därme durch peritonitische Stränge erschwert die Peristaltik und führt so zur Muskelatonie. Im Becken können die peritonitischen Verwachsungen des herabgesunkenen Blinddarmes und der Flexura sigmoidea Tube und Ovarium völlig einhüllen und Sterilität erzeugen. Eine weitere Folge der chronischen Überdehnung und Überfüllung des Dickdarmes ist die Erschwerung der Dünndarmperistaltik, so daß die Muskelatonie weiter nach oben fortschreitet. Ferner kann es mechanisch zu Magenstörungen, ja zur Magendilatation kommen durch den Zug des überfüllten und herabhängenden Querkolon, besonders in aufrechter Stellung. Durch den gleichen Zug des Colon ascendens und descendens und durch den Fettschwund werden die Nieren beweglicher.

Klinisch sind zu beachten die Empfindlichkeit und Ausfüllung der Blinddarmgegend; zuweilen kann man den Blinddarm in seinen Umrissen erkennen und abtasten. Die Empfindlichkeit läßt nach im Liegen. Ähnliches gilt für Colon transversum und Flexura sigmoidea, wenn auch nicht so häufig und nicht so ausgesprochen. Sehr oft findet eine Verwechslung mit Appendicitis statt, und erst die erfolglose Entfernung des Wurmfortsatzes erweist die wahre Krankheitsursache.

Die chronische Autointoxikation des Körpers zeigt sich in frühzeitigem Altern, Ermüdbarkeit, Mangel an Körperbewegung, Unlust, Verlust an Willenskraft und Widerstand, Trockenheit und Atrophie der Haut, bräunlich-schmutziger Färbung der Haut, Abmagerung und ihren Folgen: Enteroptose.

Therapeutisch schlägt L. vor, wenn alle internen, physikalischen und diätetischen Mittel erschöpft sind, bei Männern operativ alle Verwachsungen zu lösen, bei Frauen das untere Ileum in die Flexura sigmoidea einzupflanzen und so das Kolon auszuschalten. Er empfiehlt die Operation dringend als »äußerst einfach«(!) und sehr erfolgreich, vorausgesetzt, daß das Leiden nicht schon zu lange bestanden hatte.

W. Weber (Dresden).

---

7) **H. Lorenz.** Ein Beitrag zur Lehre von der Invagination.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 7.)

Anknüpfend an drei in der Hochenegg'schen Klinik in Wien operierte Fälle von Invaginationen bei Kindern gibt L. etliche originelle Erörterungen zur Theorie der Invaginatio ileo-coecalis. Zur Ermöglichung dieser Invaginationen bedarf es weniger ungewöhnlich langer Mesenterien bezw. Mesocola, wie sonst wohl angenommen wird, als vielmehr abnorm beweglicher, nicht ausreichend an der Bauchhöhlenwand fixierter Dickdärme. Nur eine freie Beweglichkeit von Colon ascendens gestattet das tiefe Herabwandern dieses Darmteiles. L. hebt ferner hervor, daß die Ileo-coecalklappe, entgegen den Angaben von

Leichtenstern, anscheinend nicht so häufig die eigentliche Spitze des Invaginatum darstellt, als bisher für ausgemacht galt. Ebenso wie die Einstülpung von Meckel'schen Divertikeln ins Darminnere und kleine bewegliche polypöse Darmgeschwülste bekanntlich häufig den ersten Anlaß einer Invagination geben und dann die Spitze des Invaginatum bilden, ebenso scheint ein dem Prolapsus ani bezw. recti analoger Vorfall von Dünndarm durch die Klappe in den Blinddarm hinein oder eine sich umkrempelnde Einstülpung des Blinddarmes selbst in die Dickdarmlichtung hinein oft der erste Anfang von Invaginationen zu sein. Diese sind also als Invaginationes ileo-colicae oder coeco-colicae zu betrachten. Daß dem so ist, lehren zwei von L. abgebildete Präparate, das eine ein Museumspräparat, das andere bei einer der berichteten Operationen durch Resektion gewonnen. Im ersten Falle bildet nicht die Bauhin'sche Klappe, sondern der Schleimhautwulst eines evertierten Ileumstückchens die Invaginatumspitze, im zweiten Falle zeigt sich der Coecumblindsack primär umgekrempelt. Auch der Umstand, daß bei operativ vorgenommenen Desinvaginationen häufig das zu allerletzt zu entwickelnde Darmeinschiebsel, nämlich das Blinddarmende, schwerer zu entwickeln ist und es hierzu eines Zuges am Processus vermiformis bedarf, zeigt, daß L.'s Ansichten richtig sind.

Experimentell kann man, wie L. ferner mitteilt, an Kinderleichen mit gut beweglichem Colon ascendens sämtliche Varietäten der Invagination von Dünndarm in Dickdarm gut konstruieren, wenn man einen Schnitt ins Colon transversum macht und von diesem aus beliebig den Coecumblindsack, die Bauhin'sche Klappe oder einen künstlich erzeugten Prolapsus ilei in den Blinddarm einstülpt. Die so gemachten Versuchspräparate sind sehr übersichtlich und geben gute topographische Orientierung. L. bildet mehrere derselben ab und erläutert die Ähnlichkeit ihrer Verhältnisse mit denen, die sich an den von ihm abgebildeten von Kranken gewonnenen Präparaten finden.

Von drei berichteten Operationsfällen ist einer, zu spät — am 5. Krankheitstage — in Behandlung gekommen, gestorben. Unter den beiden genesenen mußte, wie erwähnt, einer reseziert werden, wobei die gewöhnliche Darmringnaht zur Anwendung kam.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **W. v. Greyerz.** Über die oberhalb von Dickdarmverengerungen auftretenden Darmgeschwüre.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 57.)

Die sehr gründliche Arbeit knüpft an zwei wohlbeobachtete Fälle aus dem Spital in Chaux-de-Fonds (de Quervain) an, worauf Zusammenstellung von 29 älteren gut beschriebenen Fällen folgt, um mit einer erschöpfenden Allgemeinbesprechung des Leidens zu schließen. Der erste eigene Fall v. G.'s betrifft ein stark strikturierendes Karzi-

nom am unteren Ende des Colon sigmoideum. Oberhalb hiervon fanden sich bei der Sektion zahlreiche Dickdarmgeschwüre in den verschiedensten Veränderungsstadien von leicht erodierten Stellen bis zu 9 cm im Längendurchmesser haltenden großen Wanddefekten. Die wichtigsten geschwürigen Veränderungen sitzen im Blinddarm, dessen Wurmfortsatz auch entzündlich verändert ist. Mikroskopisch: Atrophie der Schleimhaut, Infiltration und Verdickung an der Submucosa, nirgends Zeichen von Blutstauung an den Gefäßen. In Fall 2 handelt es sich um chronische Verlegung des Mastdarmes, ausgehend von einem Uteruskrebs. Die wichtigsten bei der Sektion gefundenen Geschwüre sitzen im Wurmfortsatz und an seiner Einmündungsstelle in den Blinddarm. Der Fortsatz bietet im Innern eine einzige Geschwürsfläche, Schleimhaut geschwunden, die übrigen Schichten hypertrophiert und kleinzellig infiltriert. An der Wurmfortsatzeinmündungsstelle eine sequesterartig isolierte, völlig von Blut infiltrierte Partie der Mucosa und Submucosa im Zentrum eines Geschwürs mit unterminierten Rändern. Umgebende Darmwand durchweg stark kleinzellig infiltriert, aber ohne Hyperämie. Die derselben entsprechenden Gefäße teilweise thrombosiert.

Die fraglichen Geschwüre finden sich am häufigsten, wenn es sich um Dickdarmverengerungen karzinöser Natur handelt; denn in dem von v. G. gesammelten Materiale (31 Fälle) finden sich 20 Karzinome. Der häufigste Sitz der Striktur war die Flexur (9 Fälle). Wie die Strikturen, so sitzen auch die oberhalb derselben eintretenden Ulzerationen am häufigsten im Dickdarm. Für die Ausdehnungsfähigkeit des letzteren, welche bei der Genese der Ulzeration die wichtigste Vorbedingung ist, spielt der Darmabschluß an der Ileocoecalklappe eine bedeutende Rolle, wennschon über deren physiologische Leistungskraft sicheres nicht bekannt ist. Statistisch ergibt sich ferner, daß der Blinddarm die Prädilektionsstelle für solche Geschwüre ist, und erklärt sich dieser Umstand daraus, daß der Blinddarm auch gerade der Dickdarmteil ist, welcher oberhalb tiefsitzender Darmverengung die größte Ausdehnung erfährt. Weshalb dies der Fall, ist aus physikalisch-mechanischen Gründen leicht begreiflich: Das Volumen des Blinddarmes ist größer als das der übrigen Dickdarmabschnitte, umgekehrt aber die Dicke seiner Wandungen geringer als an diesen. Bei solchen Bedingungen muß bei eintretender Luftaufblähung ein größerer und dabei dünnwandigerer Teil stärkere Dehnung erfahren. Im übrigen hat Kocher darauf aufmerksam gemacht, daß ein irgendwie gedehnter Darmteil auch eine venöse Stauungshyperämie erfährt.

Im Anschluß hieran hat Prutz versucht, die Ulzerationsbildung dadurch zu erklären, daß sich an die venöse Stauung Thrombose, Blutung und schließlich Nekrose anschließen soll. v. G. teilt diese Anschauung nicht, da sie durch die histologische Untersuchung in seinen Fällen nicht gestützt wird. Vielmehr sucht er den Grund für die Geschwürsbildungen außer in der Ernährungsstörung durch Darmüberdehnung in der Gegenwart pathogener Mikroorganismen in dem

gestauten, sich zersetzenden Inhalt innerhalb des überdehnten Darmes. — Literaturverzeichnis von 30 Nummern zum Schluß der Arbeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) **C. McBurney.** The surgical treatment of haemorrhoids.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Nr. 9.)

B. warnt vor der allgemeinen Anwendung der radikalen Exstirpation von Hämorrhoiden nach Whitehead, weil danach zu häufig Retraktion der zirkulär losgelösten Schleimhaut mit folgender Strikturbildung eintritt. In manchen Fällen kommt man mit kleinen Palliativoperationen völlig aus: Inzision und Ausräumung des Gerinnsels aus einem Knoten, der Quelle einer Blutung war; Sphinkterdehnung, wenn ein abnormer Kontraktionszustand des Sphinkter nachzuweisen ist, der das Abschwellen äußerer Hämorrhoiden hindert. In den übrigen schweren Fällen genügt in der Regel die Umschneidung und Exzision von einem, zwei oder höchstens drei Knoten, die meist zu der Rückbildung der übrigen Knoten führt, deren Beseitigung man sich etwa für eine spätere Operation vorgenommen hatte. Mehr als drei Knoten rät B. nie zu entfernen, lieber später noch einmal zu operieren. So gelingt es, die Kranken ohne jede Gefahr rasch und sicher zu heilen. Auf genaue Ausführung der Technik, die er eingehend beschreibt, und auf sorgfältige Nachbehandlung legt B. großen Wert. Die Entscheidung, welche Knoten zu operieren sind, ist vor der Narkose und vor der (immer auszuführenden) Sphinkterdehnung zu treffen, weil die danach oft reichlich vorquellende Schleimhaut die Erkenntnis erschwert, was zu entfernen und was zu erhalten ist. **Lengemann** (Bremen).

Kleinere Mitteilungen.

10) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

149. Sitzung vom 10. Juli 1905.

Vorsitzender: Herr Israel.

I. Herr Karewski: Krankenvorstellungen.

a. Extremitätentumoren.

1) Enchondrom des dritten rechten Metacarpus bei einem 11jährigen Knaben, vor $1^1/_2$ Jahren, ohne daß eine Funktionsstörung zurückgeblieben ist, entfernt. Die Geschwulst war in 2 Jahren langsam nach dem Handteller gewachsen. Die Diagnose Enchondrom wurde durch Röntgographie und mikroskopische Untersuchung bestätigt.

2) Myelogenes Sarkom des linken Tibiakopfes. 21jähriges Mädchen erkrankte mit Beschwerden beim Gehen, bekam dann eine flache Schwellung der unteren linken Kniegrenze. Diagnose Sarkom, durch das Röntgenbild gesichert. K. exstirpierte die in den Zwischenknochenraum gewucherte Geschwulst mit unterem seitlichen Lappenschnitt in toto; es blieb nur die äußere Kante des Tibiakopfes und ein Rest des Gelenkknorpels erhalten; glatte Heilung; seit $1^1/_2$ Jahren kein Rezidiv. Gute Funktion des Gelenkes, das zur Sicherheit durch eine artikulierte Schiene gestützt wurde. Mikroskopische Diagnose: Sarcoma fusi-giganto-cellulare.

3) Chondrosarkom des Femur. 31jähriges Mädchen, bei dem sich eine Geschwulst am linken inneren Condylus femoris entwickelt hatte. Diagnose: Tuberkulose oder Sarkom. Operation (Februar 1903) zeigt ein Enchondrom, das tief herausgemeißelt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab reines Enchondrom. November 1903 wegen Rezidiv Resektion des ganzen inneren Condylus, anscheinend im Gesunden. Mikroskopisch wurde jetzt Rundzellensarkom mit geringen knorpligen Partien festgestellt. Februar 1904 kolossales Rezidiv. Exarticulatio femoris. Bis jetzt geheilt; Pat. zeigt einen blühenden Gesundheitszustand.

b. Seltene Fälle von Osteomyelitis.

1) Osteomyelitis des absteigenden linken Schambeinastes. 9jähriger Knabe erkrankte Dezember 1904 infolge geringfügigen Traumas 14 Tage nach einer Angina mit Schmerzen in der linken Hüftgegend und hohem Fieber. 36 Stunden später septische Erscheinungen, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der linken Hüftbeuge; Gelenk frei. Die Operation führt auf einen Abszeß in der Gegend des Foramen obturat. und rauhen Knochen. Resektion des absteigenden Schambeinastes bis zum Sitzknorren. Glatte Heilung ohne Funktionsstörung. Schon nach 8 Wochen ließ sich durch das Röntgenbild der beginnende Wiederersatz des entfernten Knochenstückes nachweisen.

2) Totalnekrose der rechten Unterkieferhälfte bei einer 79jährigen Frau, die mit den Erscheinungen einer Mundbodenphlegmone erkrankt war.

II. Herr Holländer: Retentionscyste des Pankreas und Icterus gravis, durch einen in der Papille inkarzerierten Pankreasstein verursacht. Entfernung des Steines, Heilung.

Fehlen jeglicher anamnestischer Beschwerden. Pat. wird wegen stark gestauter Leber und mäßiger Milzschwellung zunächst auf hypertrophische Lebercirrhose behandelt. Nach Feststellung der Diagnose Choledochusverschluß lehnte Pat. die Operation ab, da er beschwerdefrei war. Nach 3 Wochen vollkommen verändertes Bild. Eine früher nur andeutungsweise vorhandene Resistenz im Hypogastrium hat sich in eine große, runde Geschwulst verwandelt. Die Lebergrenzen jetzt stark zurückgegangen. Enorme Beschwerden durch ewigen Brechreiz. Präkordialangst und Ödeme an Händen und Füßen. H. findet bei der Operation eine Pankreascyste mit exquisit galligem Inhalt. Er nimmt an, daß die gestaute Galle den Druck im Ductus Wirsungianus überwunden, und daß dadurch die zunächst kleinere Pankreasretentionscyste durch den Übertritt von Galle sich plötzlich enorm gefüllt habe. Nach der Entfernung des kohlensauren Steines Gallenfluß per vias naturales, Pankreasfistel und Fettstühle. Nach 2 Monaten Heilung.

Diskussion: Herr Körte hat einen ähnlichen Fall erlebt. Er demonstriert an einer Skizze, daß der Übertritt von Galle aus dem Choledochus in den Ductus Wirsungianus bei Vorhandensein eines Steines in der Papille möglich ist und erwähnt, daß das auch experimentell schon von Haller und von ihm nachgewiesen ist.

III. Herr Holländer: Demonstration einer seltenen Geschwulst an der Innenseite des Oberschenkels. Dieselbe stellt einen Naevus hypertrophicus subcutaneus vor.

Beim Schnitt durch die Geschwulst kommt man durch drei Epidermisschichten. Die Geschwulst war sekundär nach der Haut durchgebrochen und zeigt einen Hohlraum, in dem die hypertrophischen Papillen flottieren.

IV. Herr Israel: Zur Diagnose der Nebennierengeschwülste.

Die Diagnose der Nebennierengeschwülste liegt sehr im argen. Besonders ihre Unterscheidung von Nierentumoren wird meistens für unmöglich gehalten.

I. zeigt an der Hand von 9 eigenen Beobachtungen, denen ca. 100 Operationen maligner Nierengeschwülste in differentialdiagnostischer Beziehung ergänzend zur Seite stehen, daß die Diagnose häufiger, als bisher angenommen, gestellt werden kann.

Dagegen ist bisher die Unterscheidung von pararenalen Tumoren, die aus versprengten Nebennierenkeimen oder Resten des Wolff'schen Körpers entstehen, nur

möglich, wenn Bronzefärbung besteht. Besonders schwierig wird die Unterscheidung von Nierentumoren, wenn Hämaturien bestehen. Sie kommen bei Nebennierentumoren vor, wenn die Geschwulstbildung auf die Niere übergegriffen hat, oder wenn bei intakt gebliebener Niere maligne retroperitoneale Drüsen die Vena cava durch Umwachsung komprimiert oder durch Durchwachsung thrombosiert haben.

I.'s Beobachtungen lassen sich hinsichtlich des Krankheitsbildes und der diagnostischen Kriterien in fünf Kategorien rubrizieren.

1) Es ist weder ein Tumor, noch eine Verdrängung der Niere fühlbar. Kein örtliches Symptom, keine Harnveränderung weist auf eine Erkrankung der Niere oder Nebenniere. Nur das Vorhandensein eines malignen Prozesses ist aus multiplen Metastasen zu erschließen.

Dann ist die Diagnose unmöglich.

2) Es ist kein Tumor fühlbar, aber Hämaturien, Schmerzparoxysmen und Parästhesien im Gebiete des Plexus lumbalis weisen auf eine Erkrankung der Niere oder Nebenniere; wenn man Nierenstein ausschließen kann (Röntgenbild, Parästhesien), wenn Abmagerung und Kräfteverfall vorhanden ist, erwacht der Verdacht auf maligne Neubildung. Für den Sitz der Neubildung in der Nebenniere sind unter solchen Umständen zwei Symptome verwertbar:

a. Schmerzparoxysmen und Parästhesien bei unfühlbarem Tumor.

b. Fieberhafter Verlauf.

Die Schmerzanfälle entstehen bei Nieren- wie bei Nebennierentumoren durch Übergreifen der Geschwulst auf die Wurzeln des Plexus lumbalis. Bei Nebennierentumoren kann dieses sehr frühzeitig geschehen wegen der unmittelbaren Nachbarschaft der Organe. Bei Nierentumoren dagegen findet die Durchwachsung der Kapsel meistens erst sehr spät statt, wenn der Tumor eine so beträchtliche Größe erreicht hat, daß er fühlbar ist.

Fieberbewegungen sind ein bisher unbekanntes Symptom der Nebennierentumoren. I. hat es in 57% seiner Fälle beobachtet, während es bei seinen Nierentumoren nur in 1—2% der Fälle vorgekommen ist.

Wenn trotz Unfühlbarkeit eines Tumors Gründe für die Annahme einer malignen Erkrankung der Niere oder der Nebenniere vorhanden sind, dann sprechen Schmerzparoxysmen und Parästhesien im Gebiete des Lumbalplexus und Fieberbewegungen zugunsten eines Nebennierentumors.

3) Es ist ein Tumor fühlbar, der nur der Nebenniere angehört, während die Niere unbeteiligt und unfühlbar ist. Die Diagnose kann gestellt werden, wenn ein Tumor unter dem Rippenbogen in die Bauchhöhle eintritt, dessen Entwicklung unter unregelmäßigem Fieber erfolgt, und wenn die Niere, die Gallenblase und die Leber als Ausgangspunkt ausgeschlossen werden können. Die diagnostischen Kriterien werden durch Zeichnungen und Präparat eines Falles erläutert.

4) Es ist eine von der Nebenniere ausgehende Geschwulst fühlbar und gleichzeitig lateral oder lateral und hinten von ihr durch Palpation deutlich trennbar der untere Abschnitt der unveränderten Niere.

Diese Kategorie ist der Diagnose am zugängigsten, weil eine Verwechslung mit Nierentumor ausgeschlossen ist.

Kommen noch andere Symptome hinzu, wie in einem Falle Addison'scher Pigmentierung und Fieber, im anderen Schmerzparoxysmen und Fieberanfälle, dann ist die Diagnose sicher zu stellen.

5) Es ist ein Tumor zu fühlen, der aus der Verschmelzung des Nebennierentumors mit der Niere hervorgeht, ohne daß die beiden Komponenten der Geschwulst durch die Palpation zu sondieren sind. Die Niere kann entweder in der Geschwulst aufgegangen oder, an sich unverändert, von ihr umwachsen resp. ihr fest adhärent sein. Hier erwachsen der Diagnose die größten Schwierigkeiten. Die Palpation kann nur verwertbare Aufschlüsse geben, solange der Tumor den Rippenrand noch nicht weit überragt. Dann kann er sich von Nierentumoren hinsichtlich der Beziehung zum Rippenbogen und der Form unterscheiden. Nierentumoren, wenn sie nicht mobil sind, werden bei ihrem Hervortreten aus dem Brustkorbe zuerst zwischen 9. und 11. Rippe gefühlt. Nebennierentumoren kommen weiter median unter



dem Rippenbogen hervor, ihre vordere Grenze schneidet den 8., ja den 7. Rippenknorpel. Daher muß ein aus Nebenniere und Niere verschmolzener Tumor schon bei seinem Hervortauchen aus der Thoraxapertur von einem breiteren Abschnitte des Rippenbogens bedeckt sein, als ein Nierentumor. Nun gibt es auch Nierentumoren, die sich in der Breite von der 8.—11. Rippe erstrecken, aber dann ragen sie auch proportional weit in den Bauchraum hinab, weil sich die Nieren durch maligne Entartung gewöhnlich in allen Durchmessern unter ungefährer Beibehaltung ihrer ovoiden Form vergrößern. Daraus resultiert der Unterschied der Form zwischen dem palpablen Abschnitt eines Nierentumors und einer aus der Verschmelzung von Nebenniere und Niere hervorgegangenen Geschwulst.

Bei den Verschmelzungstumoren bildet die untere Kontur einen flachen Bogenabschnitt von bedeutender Breiten- und geringer Längsausdehnung.

Bei Nierentumoren zeigt die Kontur eine mehr oder minder ausgesprochene elliptische Begrenzung mit deutlichem unteren Pol.

I. erläutert jede Gruppe durch Krankengeschichten, Wandtafeln und Präparate.

V. Herr Neuhäuser: Über einige unbekannte Typen der Nierenhypernephrome; mit epidiaskopischer Demonstration.

Die für gewöhnlich als Hypernephrome bezeichneten Nierengeschwülste unterscheiden sich von der normalen Nebenniere dadurch, daß man an ihnen nicht deutlich die verschiedenen Schichten dieses Organes unterscheiden kann; ferner enthalten die sogenannten Hypernephrome meist kolossale Fettmengen, so daß ihre Parenchymzellen nach Alkoholbehandlung farblos erscheinen. N. demonstriert nun einen Fall eines rapid wachsenden Nierentumors, der aufs deutlichste die Zona glomerulosa und die Zona fascicularis der Nebenniere erkennen läßt; auch die einzelnen Zellen gleichen vollkommen denen der Nebenniere, sie enthalten nicht mehr Fett wie diese und färben sich daher mit Pikrinsäure ebenso gelb wie diese, ganz im Gegensatz zu den Elementen der gewöhnlichen Hypernephrome, deren Zelleib farblos bleibt.

Die zwei nächsten Fälle sind Hypernephrome, deren Geschwulststroma entsprechend dem Verlaufe der Gefäße in Wucherung geraten ist; die Stromazellen, welche z. T. schon recht große Kerne haben, engen die Parenchymzellen ein, indem sie sich zwischen denselben einschieben und sich ihnen bogenförmig anlagern.

Zwei weitere Fälle zeichnen sich dadurch aus, daß sie ebenfalls stark wucherndes Stroma mit großen Kernen enthalten, außerdem aber echtes, polymorphzelliges Sarkom. Letzteres hat sich aus ersterem entwickelt und hat das Tumorparenchym des Hypernephroms überwuchert. Das Sarkom des letzten der beiden Fälle ist charakterisiert durch kolossale Riesenzellen mit vielen Kernen der verschiedensten Form, welche sich besonders reichlich auch in der Milzmetastase finden.

Das Eigenartige an diesen Fällen ist, daß sich in einer Geschwulst durch Wucherung des spärlichen Stromas eine neue Tumorart gebildet hat, die das ursprüngliche, fast nur aus Parenchymzellen bestehende Geschwulstgewebe zerstört, sich also ihm gegenüber verhält wie sonst die Tumorzellen zu dem normalen Organe, das sie befallen.

VI. Herr Roeder: Demonstration von zwei Präparaten.

a. Das erste Präparat stammte von einer Lungenaktinomykose und ist dadurch bemerkenswert, daß bei der Sektion neben aktinomykotischen Abszessen in der Niere ein ebensolcher von Erbsengröße im sonst intakten Myokard gefunden wurde. Es ist dies ein seltener Befund; häufiger kommt es zu sekundären Affektionen des Herzens durch Übergreifen des Krankheitsprozesses von außen auf das Perikard und von ihm auf das Myokard.

b. Das zweite Präparat stellte eine doppelseitige Hydronephrose mit Erweiterung der Ureteren ohne bekannte Ursache vor: ein Junge erkrankte im Alter von 2 Jahren mit Enuresis und Ischurie, ohne daß eine Ursache gefunden wurde. Allmählich kam es zu Hydronephrosenbildung. Der Urin wurde schließlich trübe, eitrig, und im Alter von 16 Jahren ging der betreffende an Urämie zugrunde. Ein Hindernis war weder in der Harnröhre noch an der Prostata, noch auch in der Blase oder an den Harnleitermündungen zu erkennen. Es kann sich also nur um

eine nervöse Störung der Blasenfunktion gehandelt haben, die eine völlige Entleerung des Urins unmöglich gemacht hat.

VII. Herr Schlesinger: Über Prostatektomie.

S. berichtet über Erfahrungen, welche an zehn von Prof. Israel ausgeführten Fällen von Prostatektomie gemacht worden sind. Cystitis bildete keine Kontraindikation, Pyelitis auch keine absolute. Es wurde meist die suprapubische Prostatektomie gemacht 1) weil sie die technisch einfachere Operation ist, 2) weil sich ein vergrößerter Mittellappen meist sehr schwer vom Perineum aus entfernen läßt. Die Urethra prostatica wurde ganz oder teilweise mit entfernt. Die Art der Drainage richtete sich nach der Schwere der Cystitis; meist wurde die Urethrotomia ext. angeschlossen, nur bei ganz aseptischer Blase vollkommen vernäht und ein Dauerkatheter eingeführt. Die Dauer der Drainage richtete sich ebenfalls nach der Schwere der Cystitis. Man ließ die Pat. sehr bald nach der Operation aufstehen. Die Narkose war in den letzten Fällen Stovain-Rückenmarksanästhesie mit gutem Erfolge. Die Resultate sind folgende: ein Pat. ist 3 Monate nach der Operation an schon vorher bestehender Pyelitis gestorben. In den drei Fällen partieller Prostatektomie erzielte man ein schlechtes, zwei gute Resultate. Von den übrigen sechs Fällen totaler Prostatektomie sind drei vollkommen geheilt; zwei Pat. befinden sich erst kurze Zeit nach der Operation; über einen konnte nichts in Erfahrung gebracht werden. Einigemal bestand anfangs Inkontinenz nach der Prostatektomie, die sich später wieder hob; S. führt sie auf eine Schwäche des Musc. sphincter membranaceus zurück, der vikariierend für den entfernten Musc. sphincter int. eintritt. **Richard Wolff** (Berlin).

---

11) **P. Sick.** Über Stauungsblutungen durch Rumpfkompression (traumatische Stauungsblutungen).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 595.)

S. fügt einen selbst beobachteten Fall der Kieler Klinik als den 32. dem bislang bekannt gewordenen kasuistischen Materiale dieser Verletzung bei. Ein 5jähriger Knabe setzt sich hinten auf einen im Schritt fahrenden Lastwagen, wobei wahrscheinlich die Kleider vom Hinterrade aufgewickelt sind, so daß Pat. zwischen Rad und Wagenfeder eingeklemmt ist, in einem Zwischenraume, der auf 10 cm breit geschätzt wurde. Die Beklemmung hat hauptsächlich die Brust, und zwar wahrscheinlich in mehr diagonaler Richtung von rechts oben nach links unten getroffen und hat etwa 1/4 Stunde gedauert, bis nämlich das Rad entfernt wurde, da anders der Knabe nicht befreit werden konnte. Pat. kam mit Untertemperatur, aufgehobenen Reflexen, bewußtlos, mit sehr schlechter Atmung und Puls zur Aufnahme. Der Kopf war wie bei Meningitis stark im Nacken hinterwärts gebeugt, so daß an Blutungen im Zentralorgane gedacht wurde. Kopf und Hals zeigten die bekannten Erscheinungen hochgradiger cyanotischer Gedunsenheit mit Blutungen. Völlige Widerherstellung.

In der Besprechung des Falles wendet S. sich gegen die von Milner neuerdings aufgestellten Hypothesen, daß ein Schluß der Glottis und Abwehranstrengungen des Eingeklemmten für Zustandekommen der diesen Fällen eigentümlichen Zirkulationsstörungen von wesentlicher Bedeutung seien. Beides kann in dem S.-schen Falle wohl ausgeschlossen werden. Dagegen hält S. dafür, daß durch die Rumpfkompressionen eine starke Überfüllung und Dilatation der Herzhöhlen wohl zustande kommen müsse, und daß dann eine sehr vermehrte Blutmenge vom linken Ventrikel, vielleicht besonders stürmisch dem Venenblute entgegengeschleudert würde. Dies angenommen, würde für den Symptomenkomplex eine aktive und passive Beteiligung des Herzens als wichtig anzusehen sein.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

12) **Severeanu.** Perforierende Bauchwunde durch Feuerwaffe.

(Soc. de chir. in Bukarest 1905. März 2.)

Der Fall ist wieder ein Beweis für die Lehre, daß Bauchwunden, selbst schwerster Art, der Heilung zugeführt werden können, falls man rechtzeitig durch

Laparotomie einschreitet. In dem von S. vorgestellten Falle handelte es sich um eine Frau, welche einen Revolverschuß in das linke Hypochondrium erhalten hatte. Der Darm war an drei Stellen doppelt durchschossen, bot also sechs Öffnungen dar, und es hatte sich eine reichliche Menge von Darminhalt in die freie Bauchhöhle ergossen. Als am 2. Tage Zeichen von peritonealer Reizung, wie Singultus, außerordentliche Empfindlichkeit der Bauchdecke usw. aufgetreten waren, wurde die Laparotomie gemacht, die verletzten Darmteile reseziert und genäht, die Bauchhöhle mit künstlichem Serum ausgespült, mit Kompressen getrocknet und nach Mikulicz drainiert. Nur am Abend nach der Operation stieg die Temperatur bis 37,8°, blieb sonst aber normal, und die Heilung erfolgte anstandslos. Man soll mit dem chirurgischen Eingriff aber nicht warten, bis alarmierende Erscheinungen auftreten, sondern lieber einmal eine überflüssige Laparotomie machen, als im gegebenen Falle eine Darmverletzung unberücksichtigt lassen.

E. Toff (Braila).

13) **P. Sandler.** Jodoform and mercury in the treatment of tuberculous peritonitis.

(Lancet 1905. Juli 29.)

Verf. beschreibt einen Fall von tuberkulöser Peritonitis, die sehr schwer war und 7 Monate bestand, als sie in Verf.s Behandlung kam. Es handelte sich um ein 6jähriges Mädchen, das außerordentlich durch die Krankheit heruntergekommen war. Verf. verschrieb Pulver von 0,03 Quecksilber mit Kreide und 0,03 Jodoform, ein Pulver dreimal täglich in Milch zu nehmen. Gleichzeitig ließ er den Bauch mit einer Quecksilber-Jodoformsalbe zweimal täglich 10 Minuten lang einreiben. Späterhin wurde gleichzeitig noch Lebertran gegeben. Nach 14 Tagen bereits erhebliche Besserung. Zurzeit (nach einem Jahre ca.) ist das Kind angeblich ganz gesund.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

14) **Rebentisch.** Ein eigenartiger Fremdkörperbefund bei Appendicitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Die 74 Jahre alte Pat. kam mit den Erscheinungen einer Entzündung im Bruchsacke zur Operation. In letzterem fand sich der brandige Wurmfortsatz, aus welchem sich über 100 Fremdkörper — Traubenkerne, Pflanzenkerne, Emaillesplitter, Knochensplitter, Holzsplitter, kleine Kieselsteinchen usw. — entleerten.

Borchard (Posen).

15) **Potherat.** Appendicite perforante par corps étrangers.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 150.)

P. fand in einem wegen akuter Entzündung exstirpierten Wurmfortsatz eine kleine Metallklammer, wie sie in neuerer Zeit statt der Nähte von einigen Chirurgen zum Zusammenhalten der Wundränder benutzt werden. Der Wurmfortsatz zeigte eine rabenfederkieldicke Perforation. 3 Jahre zuvor war die Pat. wegen Ovarialcyste laparotomiert worden. Mit Recht sieht P. in diesem Fall eine Warnung, solche Metallklammern in der Bauchchirurgie zu verwenden.

Routier benutzte solche Klammern einmal bei einer Exstirpation der Uterusadnexe. Peritonitis trat auf, als deren Ursache R. bei der noch rechtzeitig vorgenommenen Laparotomie eine Darmperforation durch eine solche Klammer entdeckte.

Reichel (Chemnitz).

16) **Walther.** Epiploïte.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 274.)

Als Begleiterscheinung einer chronischen Appendicitis fand W. bei der Laparotomie chronisch entzündliche Veränderungen des Netzes, bestehend in festen, dicken, bindegewebigen Strängen und derben, roten, knotenförmigen Verdickungen. Ein Netzstrang schnürte das Colon transversum ein und inserierte sich am Mesokolon.

W. durchtrennte nicht nur diesen Strang, die wahrscheinliche Ursache der mehrfach aufgetretenen Erscheinungen von Darmverengerung, sondern exzidierte sogleich das ganze Netz und erzielte Heilung von allen Beschwerden.

Seiner Meinung nach können die durch die Appendicitis hervorgerufenen entzündlichen Veränderungen am Netz auch nach der Entfernung des kranken Wurmfortsatzes fortdauern und von neuem Anlaß zu Störungen geben; deshalb solle man das Netz, wenn man es krank findet, völlig fortnehmen. (Sehr, ja meiner Meinung nach allzu radikal! Ref.) **Reichel** (Chemnitz).

17) **Gauss.** Perityphlitis und Schwangerschaft.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 27.)

In dem ersten der mitgeteilten Fälle starb die Pat. unoperiert an Peritonitis; im zweiten Falle hatte sich nach einer länger bestehenden Perityphlitis bei einer 24jährigen Pat. gegen Ende der Schwangerschaft ein Douglasabszeß entwickelt, der von der Scheide (!) aus eröffnet wurde, wobei es zu einer foudroyanten (!) Blutung in dem geschwollenen Gewebe kam. Die perityphlitischen Erscheinungen besserten sich, die Fistel im Scheidengewölbe schloß sich nicht. Bei der 4 Wochen vor Ende der Schwangerschaft einsetzenden Frühgeburt kam es zu einer lebhaften Blutung aus der Fistelgegend, die auch auf längere Tamponade nicht stand und deshalb die Entfernung der Placenta nötig machte. Nach erneuter Tamponade stand die Blutung. Das Kind starb nach 17 Tagen. Die Temperatur stieg in den ersten 12 Stunden nach der Entbindung ebenso wie der Puls an, kehrte dann aber zur Norm zurück. Ein nochmaliger 2tägiger Anstieg folgte einer klinischen (!) Narkosenuntersuchung. 5 Wochen später wurde die Radikaloperation gemacht.

Die vorstehende Krankengeschichte zeigt eine Menge kritischer Momente und läßt auch auf diesem sicherlich schwierigen Gebiete den Wunsch aufkommen, daß der Gynäkologe mit dem Chirurgen zusammenarbeite. **Borchard** (Posen).

18) **Arnsperger.** Der günstigste Zeitpunkt der Appendicitisoperation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 23.)

Es handelt sich um 280 Operationen mit 150 Intervalloperationen, 9 Operationen bei Tuberkulose und Aktinomykose mit 2 Todesfällen, 121 Operationen im akuten oder subakuten Stadium mit 25 Todesfällen = 20,66%. Letztere Operationen werden in drei Gruppen eingeteilt: 1) Begrenzung der Erkrankung auf den Wurmfortsatz 10 Fälle mit 1 Todesfall, 2) Fälle mit lokaler eitriger Peritonitis 9%, 3) diffuse eitrige Peritonitiden (hierunter auch die Fälle, wo sich mehr als zwei abgekapselte Abszesse zwischen den Därmen finden) 51,5%.

Die Heidelberger Klinik steht nicht auf dem Standpunkte der kritiklosen sofortigen Operation jedes eingelieferten Appendicitisfalles. Die günstigsten Aussichten auf glatte Heilung bietet stets die Intervalloperation. Im akuten Anfalle muß man sofort operieren, sobald irgendwelche bedrohliche Erscheinungen vorhanden sind. Es gibt aber auch ganz leichte Anfälle, die bei genauer, dauernder chirurgischer Aufsicht konservativ behandelt und sodann im Intervall operiert werden können. **Borchard** (Posen).

19) **Kümmell.** Erfahrungen über 1000 Operationen der Appendicitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 16 u. 17.)

Als ursächliche Momente der jetzt entschieden häufigeren Appendicitis sieht K. die übertriebene Fleischernährung, den Zusammenhang mit Infektionskrankheiten, erbliche Belastung als erwiesen an. Woher aber das oft epidemische Auftreten in einzelnen Familien kommt, ist noch nicht sichergestellt. Der unberechenbare Zustand, in welchem sich der Wurmfortsatz befinden kann, der Umstand, daß ein einmal erkrankter Wurmfortsatz nur selten zur Ruhe kommt, lassen eine radikale Heilung dringend wünschenswert erscheinen. Differentialdiagnostisch legt K. dem Druckschmerz am Mac Burney'schen Punkte sehr großen Wert bei. Nach weiteren Bemerkungen über pathologische Anatomie, Diagnose und Verlauf be-

spricht er die Frage, wann bei Appendicitis operiert werden solle. Von den 1000 Operationen sind im anfallsfreien Stadium ausgeführt 695 mit 4 Todesfällen (0,57%): 1 Pat. an Peritonitis, 2 an Lungenembolie, 1 an Pneumonie; im akut entzündlichen Stadium (Frühoperation) 49 mit 3 Todesfällen = 6% (1 Pat. an Pneumonie, 1 an diffuser Peritonitis, 1 an Gangrän des Blinddarmes mit Peritonitis); abgekapselte Abszesse 178 mit 18 Todesfällen = 10%; diffuse Peritonitis 82 mit 73 Todesfällen = 89%.

Bei den Operationen im Intervalle wartet K. 4—6 Wochen nach Ablauf des Fiebers, bis jeder Rest eines Exsudates geschwunden ist. Unter diesen Fällen waren 36 mit Salpingitis kombiniert. 2 Entfernungen wurden im 3. resp. 5. Monate der Schwangerschaft ohne deren Unterbrechung gemacht.

Unter Gruppe III (abgekapselte Abszesse) sind auch die akuten Perityphlitiden gerechnet, welche später als 48 Stunden zur Operation kamen.

K. empfiehlt die Operation im Intervalle nach dem ersten Anfall; ebenso bei der chronischen Form, wenn keine völlige Schmerzlosigkeit eintritt oder die einzelnen Anfälle nach einiger Zeit nicht aufhören. Bei der akuten Erkrankung ist K. unbedingter Anhänger der Frühoperation. Nach dem 3. Tage geht er individualisierend vor, begnügt sich mit frühzeitiger Spaltung des Abszesses, ohne den Wurmfortsatz aufzusuchen, oder leitet den Kranken in das anfallsfreie Stadium über. Er ist nicht Anhänger der Operation der Appendicitis in jedem Stadium.

Borchard (Posen).

20) **Michaelis.** Die operative Behandlung der Perityphlitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 424.)

Die Arbeit basiert auf dem einschlägigen Materiale der Leipziger Klinik aus den Jahren 1895—1904 und umfaßt 399 operierte und 72 nicht operierte Fälle. Aus der Verteilung der Operationszahlen auf die einzelnen Jahre ist in interessanter Weise ersichtlich, daß, wie überall anderwärts, auch das operative Appendicitismaterial der Leipziger Klinik stetig gewachsen ist und die Wurmfortsatzkranken zunehmend mehr sofortiger chirurgischer Behandlung zugehen, ferner daß die in den ersten Jahren an Häufigkeit voranstehenden Abszeßinzisionen zuletzt immer mehr durch Frühoperationen ersetzt werden, welche letztere auch in Leipzig sich jetzt als die beste und fast unbedingt immer ratsamste Therapie herausgestellt haben.

Wir reproduzieren folgende Zahlenübersicht:

	1895 bis 1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	Sa.	Mortalität
Resektionen im Anfalle	1	—	1	1	—	—	1	1	25	30	3,3%
I. Anliegende Abszesse	9	5	4	15	11	16	21	26	15	122	4,9%
II. Versteckte Abszesse	1	1	2	8	5	6	5	6	6	40	27,5%
III. Allgem. Peritonitis [1]	3	6	5	7	4	9	19	25	25	103	60,2%
Summe d. Operat. im akuten Stadium	14	12	12	31	20	31	46	58	71	295	27,1%
Mortalität derselben	28,6%	41,7%	41,7%	32,3%	35,0%	25,8%	30,4%	27,6%	15,5%		27,1%
IV. Intervalloperationen	2	6	3	4	5	14	16	32	22	104	2,9%

[1] Heilungen: 1895—1900 12%; 1901—1904 48,7%.

Die Eigentümlichkeiten jeder der Beobachtungsgruppen, in die das Material eingeteilt ist, werden durchgesprochen, zum Schluß die in gedrängter Kürze redigierten Krankengeschichten mitgeteilt. Folgendes mag hier wiedergegeben werden. I. Die der Bauchwand anliegenden Abszesse, deren Operation die häufigste war, sind zu diagnostizieren, wenn 3 oder 4 Tage nach Beginn der Erkrankung noch deutliche Dämpfung und fühlbare Geschwulst über dem Lig. Pouparti nachweisbar ist: es liegt dann immer eine Eiterung vor, und soll auf Fluktuation nicht gewartet werden. Von den sechs dieser Gruppe angehörigen Todesfällen sind zwei bemerkenswert, wo bei der Abszeßinzision die freie Bauchhöhle eröffnet wurde und sich hieran allgemeine Peritonitis anschloß. II. Die versteckt, nicht direkt unter der Bauchwand liegenden Abszesse (40 Fälle) sind schwieriger zu diagnostizieren, da sowohl der Perkussions- als der Palpationsbefund hier undeutlich wird. Die Lage des Abszesses im Douglas, häufig hinter dem Blinddarm oder nach der Mitte zu vor der Wirbelsäule, kommt hier in Frage. Wenn zunächst eine kleine Eröffnung der Bauchhöhle über dem Poupart'schen Bande keinen Eiter ergab, aber die Orientierung erlaubte, ist der Eiter durch vorsichtige Lösung von Darmschlingen zu suchen oder auf die Resistenz hin zu tamponieren. Auch wenn, was öfter der Fall war, hiernach kein Abszeßdurchbruch erfolgte, kann schon hierdurch Fieberabfall und Genesung herbeigeführt werden. Oder man schließt die freie Öffnung im Bauchfell und sucht weiter nach Abszessen auf retroperitonealem Wege. Von besonderem Interesse sind III. die Operationen bei allgemeiner Peritonitis, deren Bestehen dann angenommen wurde, wenn sich auch bei einer Inzision zwischen Nabel und Symphyse noch größere Mengen eitrigen oder serös-eitrigen Exsudates frei nachweisen ließen. Über die hier gemachten Erfahrungen hat Trendelenburg selbst in einer in unserem Blatte 1904 p. 851 referierten Arbeit berichtet, worauf hier zu verweisen ist. Die Resultate haben sich in letzter Zeit mit Einführung der möglichst frühzeitigen Operationen »ganz gewaltig« verbessert, zeigen sich übrigens ganz evident abhängig vom Zeitpunkte der Operation und der Beschaffenheit des Exsudates. Denn der Heilungsprozentsatz bei Operation am Erkrankungstage beträgt 81,8, am 1. Tage nach der Erkrankung 80,9, am 2. Tage nach der Erkrankung 46,7, späterhin 0 — und bei trüb-serösem Exsudate kamen doppelt soviele Kranke zur Heilung als starben, bei serös-eitrigem wurden nur $^2/_5$ und bei eitrigem gar nur die Hälfte durch die Operation gerettet. Bei (IV.) den Intervalloperationen war die Mortalität verhältnismäßig etwas hoch (2,9%). Von den drei Todesfällen war der erste durch Blutung aus der Art. epigastrica veranlaßt, welche bei der Bauchnaht unbemerkt angestochen war. In den beiden anderen riß der stark verwachsene Fortsatz ein oder ab, und es erfolgte Peritonitis.

Das Endergebnis der Arbeit ist eine fast bedingungslose Parteinahme für Ausführung der »48 Stunden«-Frühoperation. Nur in ganz leichten Fällen mag es manchmal, z. B. bei älteren Leuten, richtiger sein, exspektativ zu verfahren, sorgfältige Überwachung, wie sie das Krankenhaus ermöglicht, vorausgesetzt. Hierher gehören zum Teil die in der Arbeit angezogenen nicht operierten Fälle der Leipziger Klinik. In anderen Fällen wurde wegen des gänzlich aussichtslosen Allgemeinzustandes nicht mehr eingegriffen, oder es handelte sich nur um leichteste Grade von Druckschmerz und Resistenz usw.

Weitere Einzelheiten mögen im Original eingesehen werden, als Häufigkeitsverhältnisse betreffs Beteiligung von Geschlecht und Lebensalter an der Erkrankung, betreffs Vorkommen der Kotsteine, Fälle von Appendicitis im Bruchsacke, pleuritische und subphrenische Empyeme, Pfortaderthrombose, Leberabszeß und sonstiger Komplikationen. Aus den Krankengeschichten ist ersichtlich, wie in derlei schwierigen Fällen nur mehrfach wiederholte Operationen zum Ziele führen können.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

21) **H. v. Bonsdorff.** Hernia cruralis externa praevascularis.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVI. p. 1.)

Veranlaßt durch einen vom Verf. operierten Fall obiger Art — es handelte sich um einen 9jährigen Knaben, der nach einem Stoß in die rechte Leistengegend

1 Jahr vorher sich einen Bruch zugezogen hatte; als der Hals des Bruchsackes bei der Operation isoliert wurde, ergab sich, daß die Kommunikation des Bruches mit der Bauchhöhle durch einen Kanal geschah, der unter dem Lig. Pouparti gleich vor- und lateralwärts von der Art. femoralis hervortrat — revidierte Verf. unsere Kenntnisse über die verschiedenen Arten von Schenkelbrüchen (Laugier's Hernia ligamenti Gimbernati, Cloquet's Hernia cruralis pectinea, Hernia cruralis retrovascularis, Hesselbach's Hernia cruralis externa [cribrosa], Bähr's Hernia cruralis externa, Narath's Hernia cruralis externa praevascularis).

Er unterscheidet demnach: Hernia cruralis a. interna und b. externa. Zur ersten Kategorie gehören die Unterabteilungen: 1) interna sensu strictiori (die »gewöhnliche« Form), 2) interna Gimbernati, 3) interna pectinea; zur zweiten Gruppe: 1) praevascularis, durch die Lacuna vasorum und 2) praemuscularis, durch die Lacuna musculorum heraustretend. **Hansson** (Cimbrishamn).

32) **C. Lauenstein.** »Zwei Dünndarmschlingen« im eingeklemmten Bruche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 581.)

L. verfügt über vier Beobachtungen dieser sonst nie beschriebenen Bruchaffektion, deren erste er bereits auf dem Chirurgenkongreß von 1894 publiziert hat (cf. d. Bl. 1894, Kongreßreferat p. 49). Sämtliche Fälle stammen aus dem Hamburger Seemanns- bezw. Hafenkrankenhause. Die Operation von dreien ist von L. selbst ausgeführt bezw. geleitet, eine von seinem Vertreter, wobei eine erforderliche Darmresektion tödlich endete, während von den anderen Pat. zwei genasen, der dritte ebenfalls starb. Stets handelte es sich um rechtsseitige Leistenbrüche bei Männern, und stets wurde, was für diese Fälle charakteristisch, außer den beiden im Bruchsack eingeklemmten Schlingen das Verbindungsstück zwischen diesen beiden, die dritte im Bauche liegende und an der Einklemmung teilnehmende Schlinge vorgefunden bezw. aus der Bauchhöhle extrahiert. Das Verhalten dieser dritten »Verbindungsschlinge« erregt in allen Fällen besonderes Interesse. In den beiden nach Darmreposition geheilten Fällen war einmal das Mesenterium dieser Schlinge schwielig verdickt, gleichmäßig stark injiziert und von punktförmigen Petechien bedeckt, in dem anderen war die Schlinge nebst dem Mesenterium in der Nähe seines Darmansatzes hämorrhagisch infarziert. Im ersten der tödlichen Fälle war die Verbindungsdarmschlinge gegen 65 cm lang, blauschwarz verfärbt und lederartig, das Mesenterium bis 10 cm vom Darm entfernt infarziert, die Serosa vielfach rauh und zerfranst, weshalb zur Resektion geschritten wurde. Im letzten Falle lief beim Hervorziehen der inneren Schlinge aus der Bauchhöhle himbeerfarbene, hämorrhagische Flüssigkeit. Die extrahierte innere Schlinge war auf der Serosa stark injiziert, ihr Mesenterium mit vielen linsen- bis erbsengroßen Blutungen durchsetzt. Auf der Schlingenkuppe drei Einrisse, einer davon perforierend und aus dem Darminnern dieselbe hämorrhagische Flüssigkeit entleerend, die in der Bauchhöhle befindlich gewesen war. Naht der Risse, Darmreposition, aber Ausgang durch Peritonitis.

Es ist auffallend, daß stets die innere Schlinge so verändert war; denn während bei den im Bruchsack eingeklemmten Schlingen wie gewöhnlich die Zirkulation durch Mesenterialeinschnürung gestört wird, bleibt bei der Verbindungsschlinge das frei im Bauche liegende Gekröse eigentlich einklemmungsfrei. L. regt an, dies eigentümliche Verhalten durch Tierexperimente zu klären — zwei von seinem Assistenten angestellte Versuche blieben ergebnislos. Vielleicht traten in dem letzten Falle die Darmrisse einfach durch Platzen der Schlinge infolge von Überdehnung ein, oder es kamen die Effekte von starken Repositionsversuchen in Frage. Daß stets rechtsseitige Hernien von der Doppeleinklemmung betroffen waren, ist einigermaßen begreiflich, da sämtliche Dünndärme an dem von links oben nach rechts unten an der hinteren Bauchwand befestigten Mesenterium aufgehängt sind und daher auch ihre auf- und abgehenden Schleifen schließlich nach rechts unten gerichtet sein müssen. Ob man annehmen soll, daß beide Bruchschlingen gleichzeitig oder eine nach der anderen in den Bruchsack schlüpfen, ist schwer zu sagen.

Man könnte daran denken, daß erst eine, die untere, Schlinge in den Sack käme, wonach der Darm oberhalb dieser im Bauche stärker sich füllt — im Bereiche der dritten »Verbindungsschlinge«. Dann schlüpft von noch weiter oberhalb eine Schlinge des wieder weniger gefüllten Darmes der ersten in den Bruchsack nach, und erst jetzt tritt die völlige Inkarzeration ein.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

23) **H. Matti.** Beiträge zur Chirurgie des Magenkrebses.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 99.)

Die Arbeit berichtet über die Tätigkeit Kocher's auf dem Gebiete der Magenresektion wegen Karzinom und berücksichtigt des genaueren die seit 1898 behandelten 45 operierten Fälle, nachdem die vor dieser Zeit gemachten 52 Operationen bereits von Broquet bearbeitet sind; doch werden auch diese Fälle zur Feststellung der Gesamtstatistik herangezogen, ebenso wie einige seit Beginn der Schrift noch hinzugekommene Fälle, so daß sich das Gesamtmaterial, das besprochen wird, auf 101 Magenresektionen beläuft. Die Krankengeschichten der neuen Fälle werden in Abkürzung mitgeteilt, wonach eine Allgemeinbesprechung über die anamnestischen und klinischen Ergebnisse der Krankenbeobachtung, die statistischen Verhältnisse bezüglich Geschlecht, Alter, Krankheitsdauer, Sitz der Neubildung, Häufigkeit der Drüseninfektion, Verwachsungen usw. gegeben wird. So interessant diese sorgfältig erhobenen Feststellungen sind, genügt an dieser Stelle doch, sie übergehend, auf das Wichtigste, die praktisch chirurgischen Ergebnisse der Operationstätigkeit einzugehen. Die Indikation zur Magenresektion hat in der Kocher-schen Klinik immer weitere Ausdehnung gewonnen auf Kosten der nur palliativ wirkenden Gastroenterostomie. Auch das Vorhandensein der verschiedensten Verwachsungen hält nicht mehr von der Resektion ab, und hindern Partialexzisionen vom Pankreas und Leber sowie Resektionen des Colon transversum wegen zu starker Infektion am Mesokolon nicht den normalen Wundheilungsvorgang, liefern sogar rezidivfreie Heilungen. Wenn irgend möglich, bevorzugte Kocher die von ihm angegebene Pylorusresektionsmethode mit völligem Nahtverschluß des Magenstumpfes und Einpflanzung des Duodenum in die Magenhinterwand. Die der Methode gemachten Vorwürfe sind zurückzuweisen. Die Kocher'sche Erfahrung zeigt, daß auch bei dieser Methode eine ausreichend sichere Resektion des Duodenum im Gesunden sehr wohl möglich, wie sie in Kocher's Praxis die Regel ist.

Ganz vorzüglich und unter einer Reihe zum Vergleiche herangezogener Statistiken anderer bedeutender Chirurgen die beste ist Kocher's Heilungsstatistik bei der Magenresektion. Sie ist in der von M. bearbeiteten zweiten Operationsserie wesentlich besser als in der ersten von Broquet publizierten.

Broquet veröffentlichte	aus den Jahren	1881—1898	52 Fälle,	davon † 34,7%	(18),
M. veröffentlicht	» » »	1898—1904	49 »	» † 17,0%	(8).

Dabei sind von den 8 Todesfällen der zweiten Serie 6 durch Lungen- und Herzkomplikationen, nur 2 durch Nahtinsuffizienzen und Peritonitis bedingt, so daß nicht mit Unrecht die Magenresektion in der Kocher'schen Klinik als relativ ungefährlich gelten darf. Speziell nach Kocher's eigener Methode wurde im ganzen 71mal mit 12 tödlichen Ausgängen (16,9%) reseziert. Zieht man die Todesfälle an Pneumonie ab, so ist das Mortalitätsprozent für die erste Berichtsserie 8,4, für die zweite nur 5,1!

Was den späteren Verlauf betrifft, so starben von 71 geheilt entlassenen Kranken bislang 20 (= 28,2%) in einem Zeitraume von 1 Monat bis zu 6 Jahren. Die durchschnittliche Lebensdauer für die an Rezidiv verstorbenen Pat. berechnet sich von der Operation an auf 18,7 Monate. Diese Frist ist nicht geringer als die von Krönlein bei vorwiegender Verwendung der Billroth'schen Methode I und II erzielte, nämlich $17^1/_2$ Monate.

Unter den noch lebenden Geheilten sind die am längsten rezidivfreien jetzt vor $16^3/_{12}$, $11^1/_{12}$ und 7 Jahren operiert. Auch hiermit übertrifft Kocher die längsten, sonst von anderen Chirurgen erzielten Dauerheilungen. Eine Revision der vier längsten Dauerheilungen ergibt, daß hier dreimal besonders günstige, den guten

Erfolg begreiflich machende Umstände vorlagen, kurze Krankheitsdauer, Frühstadium des Karzinoms im histologischen Bilde, Fehlen stärkerer Verwachsungen und infizierter Drüsen. Von Interesse ist auch das Resultat der funktionellen Magenuntersuchung bei einer Reihe längere Zeit Geheilter. Überall ist die Magenmotilität völlig hergestellt, Dilatation und Atonie beseitigt, der Magen auch bei Lufteinblasung kontinent, woraus auf Neubildung eines schlußfähigen neuen quasi-Pylorus zu schließen ist.

Die Gesamtaziditätswerte erscheinen meist niedrig oder subnormal, auch stellt sich die Produktion freier Salzsäure nicht wieder her. Indes war Milchsäure in keinem Falle mehr nachweisbar, und erscheint der Wegfall der freien Salzsäure durch die hergestellte gute Motilität vollständig kompensiert. Die gesamte Leistungsfähigkeit der Geheilten läßt nichts zu wünschen übrig.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

24) **Bazy.** Duodénoplastie pour rétrécissement inflammatoire du duodénum avec péripylorite et périduodénite. Guérison. Amélioration très rapide de l'état général.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 193.)

Seit 10 Jahren bestehende Schmerzen in der Magengegend, die sich seit 6 Monaten wesentlich verschlimmert, mit fortwährendem Erbrechen, hochgradiger Abmagerung verbunden hatten, zwangen B. bei dem 40jährigen Pat. zur Operation. Die Laparotomie zeigte den Pylorus und das Duodenum in alte feste Membranen eingehüllt und entdeckte als Ursache der Beschwerden eine für einen Bleistift eben durchgängige Narbenstriktur des Duodenum gerade an der Einmündungsstelle des Ductus choledochus. Exzision der kranken Partie war daher ausgeschlossen. B. inzidierte daher die Striktur und das Duodenum in 5 cm Länge und machte eine Duodenoplastik nach Art der Mikulicz'schen Pyloroplastik. Heilung und rasche Gewichtszunahme. **Reichel** (Chemnitz).

25) **R. H. Cordner.** Note on a case of aneurysm simulating dyspepsia.

(Lancet 1905. Juni 24.)

Ein 35jähriger, bislang gesunder Mann hatte 2 Jahre lang Magenbeschwerden, 5—10 Minuten nach dem Essen auftretend, für 1—2 Stunden anhaltend; es bestanden belegte Zunge, Foetor ex ore, Verstopfung. Durch Diätregelung war der Zustand temporär zu bessern. Die Untersuchung ergab epigastrische Pulsation und ein schwaches blasendes Geräusch in der Tiefe des Epigastriums, keine deutliche Resistenz, keine Verminderung der Pulswelle in der äußeren Iliaca, keinen Schatten im Röntgenbilde. Kurze Zeit nach der Aufnahme trat der Tod ein, die Sektion ergab ein Aneurysma von der Größe einer kleinen Birne, welches die Art. coeliaca und die vordere Aortenwand betraf. Es lag direkt der Zwerchfellsöffnung und der hinteren Magenwand an; der Tod war durch Ruptur dieses Aneurysmas eingetreten.

Die Magenbeschwerden wurden als Zerrungsschmerzen bei der Peristaltik gedeutet. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

26) **Souligoux.** Des rétrécissements tardifs de l'intestin, consécutifs à l'étranglement herniaire. — Rapport par M. Lejars.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 261.)

Der von S. wegen Darmverschluß operierte Pat. war 4 Monate zuvor wegen eines eingeklemmten Leistenbruches herniotomiert worden; die eingeklemmte 15 cm lange Dünndarmschlinge war sehr gespannt, ekchymosiert, sah aber verhältnismäßig wenig krank aus. Nach der Herniotomie war Pat. anscheinend gesund; doch traten in der Folgezeit mehrfach vorübergehend Zeichen von Darmverschluß, angeblich selbst mit kotigem Erbrechen, ein. 4 Monate nach der Operation erkrankte Pat.

plötzlich unter den Zeichen völligen Darmverschlusses. Bei der Laparotomie entdeckte die eingeführte Hand sogleich das Hindernis und zog ein Paket Dünndarmschlingen vor mit folgendem Befunde: Das zuführende Darmende war auf das Dreifache des normalen Volumens erweitert; es setzte sich in einen stark verengten Abschnitte fort, durch welchen sich Flüssigkeit nur mit großer Schwierigkeit fortbewegen ließ; ihm folgte eine mäßig kontrahierte, 20 cm lange Darmschlinge, welche mit ihrem unteren Ende wieder an der Stelle der Einschnürung verklebt war, dann das freie abführende Ende. Da, wo beide Darmenden miteinander verwachsen waren, fixierte sie eine breite Membran an die Harnblase. S. löste die Verklebungen und legte zwischen zu- und abführender Darmschlinge eine Enteroanastomose an. Heilung.

Lejars knüpft an diesen Fall eine Aufzählung der verschiedenen Arten von Darmverschluß, welche nach Reposition einer eingeklemmten Darmschlinge lange nachher und doch als Folge der stattgehabten Einklemmung auftreten können und unterscheidet als Haupttypen: 1) solche Fälle, in denen es sich wesentlich um Kompression oder Knickung durch Verwachsungen handelt, 2) solche, in denen die Darmwandung selbst narbig verändert ist, 3) die Kombination beider Formen.

Tuffier schließt sich dieser Einteilung an und hält sie auch für die einzuschlagende Therapie für bedeutungsvoll, da die Fälle der ersten Gruppe unter Umständen auch einer Spontanheilung zugängig sind; er führt dafür ein einschlägiges Beispiel an. **Reichel** (Chemnitz).

27) **Michon.** Obstruction intestinale par calcul biliaire. Ablation du calcul par entérotomie. Guérison. — Rapport par M. Potherat.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 257.)

Die 62jährige Pat. litt seit 15 Jahren an überaus schmerzhaften Kolikanfällen mit Erbrechen; die Anfälle traten anfangs selten, in Zwischenräumen von 12 bis 18 Monaten, seit 1901 aber alle 14 Tage auf, waren nie von Ikterus begleitet. Der letzte Anfall begann 8 Tage vor Eintritt der Kranken ins Hospital mit heftigen Schmerzen im rechten Hypochondrium, erst wäßrigem, dann galligem Erbrechen, aber gleichzeitig mit Stuhlverstopfung. Eingießungen beförderten in den nächsten Tagen noch einige Kotmassen heraus; dann aber blieben Stuhl und Gase vollständig aus, das Erbrechen wurde kotig. M. schritt sofort zur Laparotomie und fand seine Wahrscheinlichkeitsdiagnose »Darmverschluß durch einen Gallenstein« bestätigt. Ein $3^1/_2$ cm langer, $2^1/_2$ cm breiter, 2 cm dicker Stein verstopfte den Dünndarm 8 cm oberhalb der Ileocoecalklappe. Inzision, Extraktion des Steines und Darmnaht brachten vollständige Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

28) **Clarke.** Acute strangulation of ileum through an aperture in mesentery.

(Brit. med. journ. 1905. März 18.)

9jähriges Mädchen erkrankt plötzlich mit allen Zeichen einer schweren inneren Einklemmung und stirbt 24 Stunden später. Die Sektion ergibt, daß über 1 m vom unteren Ileum in ein zweiquerfingerbreites Gekrösloch hineingeraten war und sich dort abgeschnürt hatte. C. meint, eine 4 Jahre vorher stattgehabte stumpfe Bauchverletzung habe den Riß im Mesenterium verursacht.

W. Weber (Dresden).

29) **Turner.** Sloughing of intussuscepted gut: spontaneous recovery.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 4.)

Ein 4jähriges Kind erkrankt plötzlich mit allen Anzeichen einer ileo-coecalen Intussusception. Hohe Einläufe sind erfolglos, wegen des sehr schlechten Allgemeinzustandes wird von einer Operation als aussichtslos abgesehen. Wider alles Erwarten wurde der Darmweg am 5. Tage wieder frei, und am nächstfolgenden fand man im Stuhlgang ein etwa 5 cm langes Stück brandigen Dünndarmes. Glatte Heilung. **W. Weber** (Dresden).



30) **Hermes.** Über Spontanabstoßung einer Darminvagination.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 27.)

H. berichtet über einen im Berlin-Moabiter Krankenhause beobachteten Fall. Schwächlicher, 23jähriger Mann, von einem vor kurzem erworbenen Tripper abgesehen stets gesund gewesen, erkrankt unter Verstopfung mit Kolikschmerzen, danach dünnen, blutigen, stinkenden Stuhlausleerungen. Nach ca. 2 Wochen tritt aus dem After ein 5 cm langes brandiges Stück Darm aus. Durch sanften Zug hieran wird ein 60 cm langer Darmsequester entwickelt, der sich mikroskopisch als Dünndarm ausweist. Wegen neuerdings eintretender Verstopfung nebst Meteorismus und Schmerzen werden Klysmen versucht, doch stößt das Rohr ca. 10 cm hinter dem After auf eine erhebliche Mastdarmverengung, die 4 Wochen vorher, bei Entfernung des Intussuszeptum, nicht bestanden hatte. Wegen Zunahme der Unterleibsbeschwerden und der Stuhlverstopfung wird zur Anlage eines Kunstafters im Kolon an typischer Stelle geschritten, wobei sich im Bauche, zumal im kleinen Becken, viel dickflüssiger, nicht riechender Eiter findet. Von einem Medianschnitt aus wird die Bauchhöhle mit Salzwasser ausgespült und tamponiert. Es gelingt, die Peritonitis auszuheilen, ebenso wie der Kunstafter, nachdem er gut funktionierte, sich spontan schloß. Im Laufe von Monaten wurde auch die Mastdarmverengung allmählich etwas erweitert, was aber immer nur unter großen Schmerzen, teilweise nur in Narkose tunlich war. Der gebesserte, aber immer noch zeitweise von heftigen Koliken heimgesuchte Pat. entzog sich schließlich weiterer Beobachtung.

Der Fall interessiert, abgesehen von der ziemlich seltenen Abstoßung einer so beträchtlichen Dünndarminvagination, durch die auffällige Komplikation der nachträglich zustande gekommenen Mastdarmverengung, deren genetische Erklärung schwierig ist. Leichter ist das Entstehen der Peritonitis deutbar; sie wird sich an die Mastdarmverschwärung angeschlossen haben.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

31) **Mc Williams.** Resection of 23 inches of gangrenous intestine due to a volvulus following a second attack of appendicitis. Report of 33 cases of intestinal obstruction caused by unoperated appendicitis.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Nr. 8 u. 9.)

Im Anschluß an den in der Überschrift charakterisierten Fall bringt W. als Ergänzung zu einer früheren Publikation über 76 Ileusfälle nach operierter Perityphlitis (Med. news 1904 September 3 u. 10) einen Bericht über 33 Fälle nach intern behandelter Perityphlitis. In einem Nachtrage werden aus der neuesten Literatur 16 Fälle der letzteren, 12 der ersteren Kategorie zugefügt. Die Mortalität der Operation steigt von 28% in den ersten 3 Tagen auf 67% nach 4 Tagen. Die Besserung der Erfolge liegt also auch hier in der Hand der praktischen Ärzte.

Lengemann (Bremen).

32) **R. Göbell.** Erfolgreiche Resektion von 3 m Ileum wegen Volvulus und innerer Einklemmung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 608.)

Der von G. in der Helferich'schen Klinik operierte Fall interessiert nicht nur durch die in dem Arbeitstitel hervorgehobene selten ausgedehnte Dünndarmresektion, sondern auch durch die Kompliziertheit der schon bei der Operation völlig aufgeklärten Art der inneren Darmeinklemmung, sowie durch das glänzende Operationsresultat. Der 30jährige Pat. wurde 28 Stunden nach dem Beginne seiner akuten schweren Unterleibserkrankung, welche diagnostisch als Peritonitis infolge von Wurmfortsatzperforation oder als innere Einklemmung anzusprechen war, operiert. Aus der geöffneten Bauchhöhle quoll in dickem Strahle braunschwarze; trübe, kotig riechende Flüssigkeit. Dünndarm zuerst anscheinend unentwirrbar, schließlich unterscheidet man, daß zwei Darmschlingen umeinander sich rechts

herum gedreht haben. Detorsion derselben durch Linksherumdrehung. Es bestand aber noch zwischen Schlinge I und II eine wahre Knotenbildung, und außerdem war Schlinge I durch einen Schlitz im Mesenterium geschlüpft und eingeklemmt, so daß zur Darmlösung Erweiterung dieses Schlitzes nötig war. Da der befreite Darm aber größtenteils infarziert, stückweise auch gangränös war, wird er in der obengenannten Länge reseziert. Die beiderseitigen Stümpfe wurden durch dreifache Tabaksbeutelnaht geschlossen, dann das obere Darmende mit dem Colon ascendens seitlich anastomosiert, da oberhalb der Bauhin'schen Klappe nur ein ganz kleiner Ileumrest übrig geblieben war. Nachbehandlung mit offener, tamponierter Bauchhöhle, aus der noch reichliche stinkende Sekretion stattfand; glatte, schließlich durch Sekundärnaht beschleunigte Heilung.

G. gibt eine Tabelle der sonst literarisch bekannt gewordenen maximalen Dünndarmresektionen. Eine Figur veranschaulicht etwas schematisiert die Drehung, Knotenbildung und Einklemmung des Darmes. Der hergestellte Pat. ist ganz gesund und voll arbeitsfähig. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

33) **Baracz.** Zur chirurgischen Behandlung der Fissura ani auf Grundlage eigener Erfahrung.

(Gaz. lekarska 1905. Nr. 20—22.)

Verf. anerkennt als Methode der Wahl die gewaltsame Erweiterung des Afters nach Récamier. Er operierte mit Erfolg auch ohne Narkose, zieht aber die tiefe Chloroformnarkose vor, da bei nicht vollkommener Narkose Todesfälle infolge Glottiskrampf und Synkope eingetreten sind. Die Dehnung wird so weit getrieben, bis ein Geräusch erkennen läßt, daß der Schließmuskel zerrissen wurde. Eine zu starke Erweiterung ist zu vermeiden, damit keine dauernde Parese des Sphinkters eintritt. Nach ungefähr 2—3 Tagen stellt sich die erste schmerzlose Kotentleerung ein.

Vom Jahre 1889—1902 operierte B. in der Lemberger Poliklinik 47 Fälle (29 männliche, 18 weibliche Kranke). Zur Narkose eignet sich auch Bromäthyl und Kelen. Sämtliche schweren, operierten Fälle wurden geheilt, darunter drei, welche vorher erfolglos durch Inzision der Fissur behandelt wurden. **Bogdanik** (Krakau).

34) **Le Dentu.** Prolapsus du rectum traité successivement par la colopexie, la recto-ligamentopexie et l'excision combinée avec la périnéorrhaphie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 48.)

Bei einem 38jährigen Manne, welcher seit einer schweren Dysenterie im Jahre 1892 an einem Mastdarmvorfall und chronischen, jedes Jahr während mehrerer Monate anhaltenden Diarrhöen litt, machte le D. erst die Kolopexie, später die Rektopexie; beide Male folgte bald ein Rezidiv. Erst die Mikulicz'sche Exzision des Vorfalles mit Hinzufügen einer kleinen hinteren Perineorrhaphie brachte Heilung des Prolapses; auch die Diarrhöe besserte sich. **Reichel** (Chemnitz).

35) **Kraske.** Die Erhaltung des Schließmuskels bei der Exstirpation des Mastdarmkrebses und seine spätere Funktion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 28.)

K. teilt eine stattliche Anzahl von über Jahre hinaus beobachteten Fällen mit, wo durch die typische Resektion mittels der sakralen Methode unter Erhaltung des Schließmuskels ein vollkommenes funktionelles Resultat erreicht wurde. Er betont mit Recht, daß es unter Berücksichtigung derartiger Resultate falsch ist, auf die Funktion des Schließmuskels prinzipiell (wie Witzel) zu verzichten und nach einer hohen Amputatio recti stets einen künstlichen After anzulegen. Wenn man bei der Mobilisierung des Darmteiles und der Unterbindung der Arterien sehr vorsichtig sei, so könne man doch in einer Anzahl von Fällen eine völlige resp. nahezu völlige prima intentio der Darmenden erleben. Sonst führten aber genügende Sorgfalt und Ausdauer immer dazu, etwaige Fisteln definitiv schließen zu können. **Borchard** (Posen).



36) **Connell.** Gunshot wound of the pancreas.

(Annals of surgery 1905. Nr. 5.)

Revolverschußverletzung des Bauches; bei der 3 Stunden nach der Verletzung vorgenommenen Laparotomie wurde in der Leber und im Magen je eine perforierende Wunde angetroffen; beide wurden genäht. Tod 60 Stunden nach der Operation; bei der Autopsie zeigte sich eine Schußverletzung der Bauchspeicheldrüse. Zwischen den durch die Naht aneinandergelegten Serosaflächen des Magens war keine Verklebung eingetreten, in der Umgebung der Naht war die Magenwand nekrotisch. Verf. glaubt, daß der Pankreassaft sich an der Stelle der Naht mit dem Magensaft vermischt habe, und daß dadurch die Nekrose der Magenwand eingetreten sei. Das Ausbleiben von peritonitischen Verklebungen ist nach ihm ebenfalls der Einwirkung des Pankreassaftes zuzuschreiben. Bei Schußwunden, durch welche das kleine Netz oder die hintere Magenwand verletzt ist, soll auf eine Verletzung der Bauchspeicheldrüse gefahndet werden. Ist diese Drüse verletzt, so muß durch Tamponade bis auf dieselbe eine Drainage der Bauchhöhle eingeleitet werden. An 20 aus der Literatur gesammelten Fällen wird nachgewiesen, daß dort, wo bei Pankreasschußwunden diese Drainage unterlassen wurde, stets der Tod sehr bald eintrat.

Herhold (Altona).

37) **Quénu.** Contribution à la chirurgie du canal hépatique de l'hépatico-gastrostomie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 218.)

Eine Hepaticostomie mit Vereinigung der Fistelränder des Ductus hepaticus mit der äußeren Haut, sowie eine Hepatico-Enterostomie oder Einpflanzung des Leberganges in einen Darmabschnitt ist natürlich nur möglich bei einer starken Erweiterung des Ductus hepaticus. Eine solche ist wiederholt beobachtet worden, selbst bis zu enormer Ausdehnung. Kehr war jedoch bisher der einzige, der eine Anastomose zwischen dem Ductus hepaticus und dem Darm einmal angelegt hat, und zwar wegen eines Karzinoms des Choledochus. Q. hatte Gelegenheit, wegen einer Narbenstriktur des Choledochus eine Fistel zwischen dem erweiterten Ductus hepaticus und dem Magen anzulegen. Der 43jährige Pat. litt seit 9 Jahren an Gallensteinkoliken, seit 2 Jahren an Ikterus. Die Laparotomie zeigte die Gallenblase geschrumpft, im Niveau des Pankreaskopfes eine unregelmäßige harte Platte, gegen den Hilus der Leber eine rundliche, fluktuierende Geschwulst, aus der die Punktion 350 g Galle entleerte, und die dem erweiterten Ductus hepaticus entsprach. Es blieb nur übrig, eine Anastomose zwischen dieser Tasche und dem Duodenum oder dem Magen anzulegen. Q. wählte den letzteren Weg als den im gegebenen Falle leichteren. Das Erbrechen von Galle in den nächsten 2 Tagen erwies das gute Funktionieren der Fistel. Eine doppelseitige Pneumonie raffte den Pat. jedoch am Abend des 2. Tages hinweg. Die Obduktion zeigte, daß die Naht gut gehalten hatte. Der Choledochus war gerade an der Einmündungsstelle des Cysticus stark narbig verengt, der Hepaticus darüber zu einer großen Tasche erweitert, die an ihrem abhängigsten Punkte die Anastomose mit dem Magen trug.

Reichel (Chemnitz).

38) **A. Brüning.** Beitrag zur Frage der Choledochotomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 325.)

In der unter Poppert stehenden Gießener Klinik, aus der die Arbeit hervorgegangen ist, findet die Gallensteinchirurgie sorgfältige Pflege und ein stattliches Material. Es wurden in den letzten Jahren 700 Operationen an den Gallenwegen gemacht, wobei sich 92mal (13%) Steine im Choledochus fanden. Außerdem wurde der Choledochus des öftern geöffnet, ohne daß er Steine enthielt, so daß im ganzen über 100 Fälle von Choledochotomie berichtet werden kann.

Dieses Material wird nach sämtlichen klinischen allgemeinen Gesichtspunkten durchsprochen, zum Schluß werden in Kürze die Krankengeschichten wiedergegeben. Praktisch interessiert am meisten die in Gießen übliche Technik der Operation und deren Nachbehandlung, sowie die Statistik der gewonnenen Resultate.

Das wichtigste klinische Symptom des Choledochussteines ist der Ikterus, der aber auch fehlen kann, was in dem Gießener Material in 10% der Beobachtungen der Fall war. In 7 Fällen war trotz Ikterus der Choledochus steinfrei, und stellte sich als Grund für die Gelbsucht entweder ein den Gallenabgang hinderndes Karzinom oder Cholecystitis bezw. Cholangitis heraus. 10mal wurden bei einer ersten Operation Choledochussteine übersehen, so daß später eine zweite nötig wurde. Einmal entgingen sogar, trotzdem der Hepaticus dainiert war, sieben kleine Steine der Lebergänge und ein pflaumengroßer des Choledochus selbst der Wahrnehmung! Der beste Zeitpunkt für Vornahme der Choledochotomie ist das freie Intervall zwischen den Anfällen von akutem Choledochalverschluß; nur bei drohender Cholangitis (Fieber mit Frösten) ist im Anfall zu operieren. Der in Gießen jetzt übliche gallenchirurgische Schnitt ist ein Längsschnitt im inneren Teile des rechten M. rectus, der, bis zum Schwertfortsatz heraufführbar, stets guten Einblick und Platz gibt. Seit den letzten Jahren wird zunächst die Gallenblase exstirpiert und hierauf nur in Notfällen verzichtet. Es folgt die Aufsuchung, Freilegung und Revision der Gallengänge, wobei zur Streckung des Duodenums nebst Choledochus ein Zug am Pylorus nützlich sein kann. Ist bei starker Ausdehnung des Choledochus seine Unterscheidung von Darm schwierig, so empfiehlt sich eine Probepunktion. Bei der Inzision des Choledochus sind diesem aufliegende Venengeflechte oder gar Arterien beiseite zu legen und zu vermeiden. Nach vollendetem Einschnitte, Wegtupfen der vorquellenden Galle und Beseitigung der ohne weiteres faßbaren Steine soll, worauf besonders Wert gelegt wird, das Innere des Ganges mit dem kleinen Finger abgetastet werden. Auch der Papillensteine konnte man in Gießen stets habhaft werden, und wurden Ablösungen und Eröffnungen des Duodenums dieserhalb nie erforderlich. Zur Nachbehandlung wird stets der Hepaticus mittels »wasserdichter Drainage« nach Poppert drainiert. In die Inzision wird ein bleistiftdicker Nélaton eingeführt, gleichviel, ob sich seine Spitze leber- oder darmwärts richtet. Die weitere Öffnung der Choledochuswunde wird genau durch lang gelassene und nach außen geleitete Seidenfäden geschlossen, deren erster den Katheter mit faßt und fixiert. 3—4 Vioformtampons werden um den Nélaton gelegt, die Bauchwunde durch Etagennaht bis auf das Drainageausleitungsloch geschlossen, der Nélaton in eine »Ente« im Krankenbett geleitet. Extraktion der Tampongaze bis zum Ende der 2. Woche, Entfernung der Bauchnähte in der 3., zu welcher Zeit auch versucht wird, die Choledochusnähte durch Zug zu entfernen. Stößt dies auf Schwierigkeit, so wird an den betreffenden Faden ein kleines Gewicht (1 Pfund) gehängt, was sein Durchschneiden prompt besorgt. In einfachen Fällen kann der Choledochuskatheter in der 4. Woche entfernt werden; besteht Cholangitis oder Verdacht auf noch restierende Steine, so wird von der 3. Woche an gespült. Für diesen Zweck wird der Dauerkatheter durch einen dünneren Spülkatheter ersetzt, damit neben ihm Spülwasser (Borlösung) nebst Schleim und Steinresten rücklaufen kann. Nach definitiver Katheterentfernung schließt sich die Wunde meist in 4—5 Tagen. —

Auf die 100 Choledochotomieen (Alter der Pat. 25—67 Jahre, 19 Männer, 81 Frauen) kamen 9 Todesfällen (3mal an cholämischen Blutungen, 3mal an Erkrankungen der Lunge, 2mal an Herzschwäche, 1mal an Collaps und Chok). Die Endresultate sind bei 63 Geheilten feststellbar, wobei sich ergibt, daß 58 dauernd beschwerdefrei geworden sind. Bei 94 Operierten, die überhaupt Choledochalsteine hatten, wurden 20mal Konkremente bei der Operation zurückgelassen, die 2mal die Sektion, 2mal eine neue Cholodochotomie ergab. 3mal gingen Steine spontan und 12mal bei der Ausspülung ab. »Nach Schluß der Behandlung« sind also 7mal Steine zurückgeblieben (in 7,4% der Fälle). Echte Rezidive kamen nicht zur Beobachtung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 36. Sonnabend, den 9. September. 1905.

Zur operativen Behandlung des Genu recurvatum.

Von

Dr. C. Deutschländer in Hamburg.

Während sich für die seitlichen Kniegelenksverkrümmungen, Genu valgum und varum, operative Behandlungsweisen längst eingebürgert haben, beschränkt man sich bei den Deformitäten des Kniegelenkes, deren Veränderungen im anteroposterioren Durchmesser liegen, Genu recurvatum und Genu subluxatum, mehr auf rein orthopädische Maßnahmen, redressierende Gipsverbände, Apparate mit Sperrvorrichtungen usw., obwohl diese Maßnahmen sowohl in bezug auf ihre Anwendungsweise, als auch in bezug auf den endgültigen Erfolg manches zu

wünschen übrig lassen. Ich möchte daher im folgenden auf ein einfaches Operationsverfahren hinweisen, welches sich mir bei einem paralytischen Genu recurvatum auch im Dauerergebnis mit bestem Erfolge bewährt hat und mir auch hinlänglich begründet zu sein scheint.

Zum Verständnis dieses Verfahrens schicke ich einige Bemerkungen über den Kniegelenksmechanismus voraus. Während bei normalem Kniegelenk die Gelenkkurve eine parabolische Bahn beschreibt, deren Endteil horizontal verläuft, ist bei dem Rekurvationsknie die Gelenkkurve in dem Sinne verändert, daß derselben ein Schlußteil angefügt ist, der, anstatt horizontal zu verlaufen, bogenförmig nach aufwärts sich krümmt; aus der parabolischen Kurve ist also mehr eine ellipsoide geworden. Diese Kurvenveränderung findet darin ihren Ausdruck, daß jener bekannte, nach vorn sich öffnende stumpfe Winkel bei der Streckung entsteht, der das charakteristische Merkmal des Rekurvationsknies darstellt. Die Längsachse des Femur und die des Unterschenkels fallen nicht mehr in dieselbe Ebene; ferner erfährt auch die zentrierte Hauptdrehungsachse des Gelenkes — wenn man sich die verschiedenen Drehungsachsen des Gelenkes in eine einzige zusammengelegt denkt — eine Verlagerung nach vorn vor die senkrechte Körperachse. Diesen Veränderungen der Gelenkkurve liegen selbstverständlich Veränderungen am Knochen zugrunde, die vorzugsweise an den Femurkondylen ausgeprägt sind. Die vorderen Partien der Femurkondylen sind stärker als gewöhnlich abgerundet, und es sind von ihnen noch Teile mit in den Gelenkmechanismus einbezogen, die sonst außerhalb desselben liegen. Es hat also nicht bloß eine einfache Veränderung der Form der Kurve, sondern auch eine nicht unbeträchtliche Vergrößerung derselben und eine Erweiterung des gesamten Gelenkmechanismus stattgefunden.

Für die Therapie ergeben sich aus diesen Verhältnissen zwei verschiedene Möglichkeiten eines operativen Vorgehens. Der eine Weg wäre der, daß man den pathologischen Endteil der Kniegelenkskurve gänzlich auszuschalten suchte. Erreichbar wäre dieses Ziel durch Verkürzung der antagonistischen Beugesehnen, so daß hierdurch eine Überstreckung verhindert würde. Meines Wissens sind auch in dieser Richtung vereinzelte Versuche von Hoffa und Vulpius gemacht worden. Der andere Weg wäre der, dem ansteigenden Schlußteile der Gelenkkurve eine derartige Lage zu geben, daß derselbe wieder horizontal wie beim normalen Gelenkmechanismus verläuft. Zu diesem Zwecke müßten die Femurkondylen so um ihre Achse gedreht werden, daß die vorderen abgerundeten Partien, soweit sie in den Gelenkmechanismus einbezogen sind, nicht mehr einen sich aufwärts krümmenden, sondern einen horizontal gerichteten Verlauf nehmen, und dieses Ziel läßt sich ohne besondere Schwierigkeiten durch eine suprakondyläre, und zwar schräg von oben vorn nach hinten unten gerichtete Osteotomie erreichen. Ich habe diesen zweiten Weg in einem Falle von paralytischem Rekurvationsknie beschritten, und da das nunmehr 2 Jahre bestehende Resultat auch im Dauererfolg voll-

kommen den Erwartungen entsprochen hat, so möchte ich kurz die betreffende Krankengeschichte hier wiedergeben.

Es handelte sich um einen 8jährigen Jungen, der im Sommer 1903 wegen der Folgezustände einer schweren rechtsseitigen spinalen Kinderlähmung in meine Behandlung kam. Das rechte Bein zeigte eine beträchtliche Wachstumsstörung, die sich in einer Verkürzung von 3 cm dokumentierte. An der Hüfte bestand eine paralytische Coxa vara; der Fuß befand sich in Equino-valgusstellung und das Knie wies außer einer geringen Valgusdeformität ein ausgeprägtes Genu recurvatum mit einem Überstreckungswinkel von 160° auf. Der Gang war infolge dieser verschiedenen Deformitäten außerordentlich mangelhaft und unsicher. Die Behandlung der Fuß- und Hüftdeformitäten berühre ich, weil nicht zur Sache gehörig, hier nur ganz kurz. Im ersteren Falle wurde eine Adduktionsankylose im Talo-naviculargelenk und eine Verkürzung der Sehne des Tibialis anticus ausgeführt und die Coxa vara und Beinverkürzung durch eine subtrochantere schräge Osteotomie beseitigt; beide Operationen, zu verschiedenen Zeiten gemacht, hatten den vollen gewünschten Erfolg. Am Knie stand die Rekurvationsdeformität im Vordergrunde, die die an sich schon recht mangelhafte funktionelle Leistungsfähigkeit sehr stark beeinträchtigte; das Genu valgum war im Verhältnis hierzu nur von geringerer Bedeutung. Zur Beseitigung dieser Kniedeformität wurde eine suprakondyläre Osteotomie ausgeführt, und zwar ähnlich wie bei der MacEwen'schen Operation, aber insofern von ihr verschieden, als der Meißel an der Innenseite nicht quer bezw. in leichtem Winkel zur Femurachse aufgesetzt wurde, sondern in einer schräg von oben vorn nach hinten unten geneigten Ebene. Die Neigung dieser Durchmeißelungsebene verlief etwa parallel der Oberfläche der pathologischerweise in den Gelenkmechanismus mit einbezogenen vorderen Femurkondylenpartien. Die letzten Corticalislamellen der hinteren Femurwand wurden analog wie bei der MacEwen'schen Osteotomie nicht durchmeißelt, sondern eingeknickt. Durch eine kräftige Flexionsbewegung an den Kondylen wurde die Rekurvationsstellung korrigiert und gleichzeitig hierbei auch die Valgidität beseitigt. Das Bein wurde alsdann in leichter Flexionsstellung eingegipst. Abnahme des Verbandes nach 3 Wochen und 4wöchentliche Nachbehandlung mit Massage und Gymnastik. Die Röntgenaufnahme am Schlusse der Behandlung zeigte, daß sich der durch die Operation bedingte keilförmige Spalt an der Vorderfläche des Femur völlig mit neuem Knochengewebe ausgefüllt hatte. Die vorderen Partien der Femurkondylen verlaufen, soweit sie in den Gelenkmechanismus einbezogen sind, nicht mehr ansteigend, sondern geradlinig, und infolgedessen tritt rechtzeitige Knochenhemmung ein, so daß eine Überstreckung nicht mehr möglich ist.

Dieses funktionelle Resultat hat sich, wie mir eine in diesen Tagen vorgenommene Nachuntersuchung 2 Jahre post operationem zeigte, auch in vollem Umfang erhalten. Der Gang des Pat. ist, da auch die Eingriffe an Hüfte und Fuß den gewünschten Erfolg hatten, ohne jeden Hilfsapparat vollkommen sicher und ausdauernd geworden. Auch in kosmetischer Beziehung ist er, wenn sich naturgemäß bei der Schwere der Veränderungen ein leichtes Hinken nicht völlig beseitigen ließ, recht zufriedenstellend, wie ich es gelegentlich einer Vorstellung des Pat. im ärztlichen Verein in Hamburg (Sitzung vom 17. Februar 1905) demonstrieren konnte.

Die schräge suprakondyläre Osteotomie bei Genu recurvatum ist meines Erachtens ein durchaus begründeter Eingriff, der dem pathologisch veränderten Gelenkmechanismus in vollem Umfange Rechnung trägt. Die ellipsoide Bahn der Gelenkkurve des Rekurvationsknies wird hierdurch wieder in die parabolische Kurve des normalen Kniegelenkes zurückgeführt. Infolge der Flexionsabknickung der Femurkondylen wird auch die zentrierte Hauptdrehungsachse des Gelenkes

wieder mehr in die senkrechte Femur-Unterschenkelachse zurück verlegt, und gleichzeitig erfährt auch der Oberschenkelknochen an seiner Vorderseite eine Verlängerung, und zwar um die Breite des Spaltes, der durch die Flexionsabknickung der Femurkondylen bedingt ist. In dem vorliegenden Falle hat diese Verlängerung offenbar auch einen günstigen Einfluß auf den paretischen Quadriceps ausgeübt, der infolgedessen in einen stärkeren Spannungszustand versetzt und dadurch funktionell leistungsfähiger wurde.

Ob dieses einfache Operationsverfahren bereits von anderer Seite geübt wurde, entzieht sich meiner Kenntnis. In der mir zugänglichen Literatur habe ich nur den Vermerk gefunden, daß von amerikanischen Chirurgen vereinzelt eine Osteoklase zur Beseitigung des Rekurvationsknies ausgeführt wurde. Von Kisch (Prag) wurde vor kurzem über eine Keilresektion bei Genu recurvatum berichtet; indessen handelte es sich hierbei nicht um ein bewegliches Gelenk, sondern um eine Knieankylose, die in Rekurvationsstellung ausgeheilt war. Wenn auch ein einzelner Fall für die Bewertung eines Verfahrens nicht maßgebend ist, so möchte ich dennoch bei der relativen Seltenheit dieser Deformitäten die schräge suprakondyläre Osteotomie als operatives Verfahren in allen den Fällen von Genu recurvatum zur Nachprüfung empfehlen, in denen aus irgendwelchen Gründen eine unblutige Behandlung nicht angezeigt erscheint.

---

1) **M. Katzenstein.** Über Entstehung und Wesen des arteriellen Kollateralkreislaufs.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 189.)

Die Arbeit basiert auf zahlreichen vom Verf. in den letzten 4 Jahren an 98 Tieren im physiologischen Institut zu Berlin angestellten Versuchen, wobei die Proff. Schultz und J. Munk den Verf. unterstützten. Die Versuche sind zum Teil mit den feinsten physiologischen Kunstmitteln (Curarisierung, künstliche Atmung, Gefäßinjektionen), vor allem mit kymographischen Pulsdruckaufnahmen ausgeführt; ein Teil der für die vom Verf. entwickelten Theorien besonders beweiskräftigen Pulskurven ist reproduziert.

Dem Berichte und der Durchsprechung seiner eigenen Forschungen schickt K. eine wesentlich absprechende kritische Zusammenfassung der bisher zur Theorie des Kollateralkreislaufs veröffentlichten Arbeiten vorauf, von denen aus neuerer Zeit besonders die von Bier und Nothnagel zu nennen sind. K. bespricht sodann gesondert die Vorgänge nach Unterbindung größerer Arterien (Aorta, Iliaca, Femoralis), die auftreten 1) oberhalb bezw. zentral von der Unterbindung; 2) intermediär, d. h. in dem Körperteil, der zwischen dem behandelten Arterienrohr oberhalb der Unterbindung und den größeren Abzweigungen von diesen unterhalb der Unterbindung liegt, also in demjenigen Gebiet, in dem die kollateralen Gefäße sich gerade zu entwickeln haben; 3) die peripherischen Vorgänge bezw. die in den Arterienstämmen und

Zweigen unterhalb der Unterbindungsstelle eintretenden. Die für die Ausbildung des Kollateralkreislaufs wesentlichsten Momente sind nach K. eine Blutdrucksteigerung im zentralen und eine Blutdruckherabsetzung im peripherischen Gebiet. Im intermediären Gebiete gestatten feinste Zwischenverbindungsweglein eine sofortige, zunächst schwache Blutströmung vom zentralen ins peripherische Gebiet, wobei aber dieser Strömung durch die verhältnismäßig viel zu geringe Lichtung der Verbindungsbahnen ein abnorm hoher Widerstand entgegentritt. Diesem erhöhten Widerstand paßt sich das Herz durch vermehrte Tätigkeit an, und äußert sich letztere durch den im zentralen Gefäßgebiete nachweisbaren erhöhten Druck. Zur Entwicklung des Kollateralkreislaufes bedarf es daher eines gesunden, akkommodations- oder kompensationsfähigen Herzens, und sind für solche Versuche nur nicht zu junge Tiere mit normalem Herzen brauchbar. Versagt das Herz die zur Überwindung der nach eingreifenden Unterbindungen eintretenden erhöhten Blutbewegungswiderstände nötige Mehrarbeit, so tritt Tod durch Herzdilatation ein, während beim Menschen, wie K. das an anderer Stelle erörtert hat, eine physiologische Herzfunktionsdiagnostik durch Kompression größerer Arterien und Prüfung der darauf normaliter zu verlangenden Blutdrucksteigerung möglich ist. Die Blutdrucksteigerung, um die es sich nach Unterbindungen großer Arterien handelt, ist eine mehr oder weniger lange, und zwar so lange dauernde und nachweisbare, als der Ausgleich der Zirkulationsverhältnisse beansprucht. Die zunächst und akut der Unterbindung folgende Drucksteigerung kommt hier nicht in Frage. Sie ist eine Folge der zunächst für das zu durchtrennende Zirkulationsgebiet relativ zu groß gewordenen Quantität des zufließenden Blutes. Auf reflektorischem Wege vermindert aber hier der Organismus diese Blutmenge, indem reichlich Blut in andere Körperteile abweicht, namentlich in die Organe der Bauchhöhle (Splanchnicusgebiet). Dagegen führt K. exakt den Beweis, daß, wie gesagt, im zentralen Gebiete der Blutdruck in gewissem Grade dauernd erhöht bleibt. Grad und Dauer dieser zentralen Blutdruckerhöhung wechselt in geradem Verhältnis zu der Größe der unterbundenen Arterie (Aorta, Iliaca usw.; vergl. Zahlen und Kurven im Original). Genau analoge, nur umgekehrte Änderungen zeigt der Blutdruck im peripherischen Gebiete, wo die anfänglich vorhandene starke Erniedrigung des Druckes durch allmählich wieder die Norm erreichende Höhe desselben ersetzt wird. Im intermediären Gebiet ist es K. gelungen, schon nach kurzen Zeiten (2—7 und mehr Tagen) nach den Unterbindungen die feinen Kollateralgefäßchen mit Leimmasse zu injizieren, was seinen Vorarbeitern auf diesem Gebiete nicht geglückt ist. (Technische Details siehe im Original.) Er führte ferner den Nachweis, daß auch in diesem kollateralen Intermediärgebiet ein erhöhter Druck herrscht und bestätigt die Befunde Nothnagel's, daß sich diese Zwischengefäßchen erweitern und in ihrer Wand, namentlich in der Muscularis verdicken. Wie die erhöhte Druckarbeit des Herzens, ist auch diese Gefäßerweiterung und Ver-

dickung als ein Anpassungs- und Reparationsvorgang zu betrachten, den der lebende Organismus leistet. Ist alles ausgeglichen, so ist der Gesamtquerschnitt in der Lichtung der neugebildeten Kollateralen gleich dem früheren in der noch nicht unterbundenen Arterie, womit die durch die Unterbindung bewirkten vermehrten Zirkulationswiderstände beseitigt sind. Herzarbeit, Druckerhöhung im zentralen, Druckveränderung im peripherischen Arteriengebiete können zur Norm zurückkehren. Der Vorgang, der eine Analogie zum normalen Blutkreislauf bildet, spielt sich bei Gefäßen, die zwischen Femoralis und Aorta liegen, innerhalb 3 Monate ab. Der Arbeit ist ein Literaturverzeichnis von 32 Nummern beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **Friedrich.** Die Behandlung infektionsverdächtiger und infizierter Wunden, einschließlich der panaritialen, phlegmonösen, furunkulösen Entzündungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

In dem äußerst interessanten Vortrage bringt F. in klarer, gedrängter Übersicht seine bekannten, mit der Praxis in vollem Einklange stehenden Anschauungen über das Wesen der Infektion und ihre Behandlung. Er hebt vor allen Dingen den Unterschied hervor zwischen einer Infektion mit angezüchtetem Material und dem Materiale, wie es gewöhnlich die Infektion der Wunde aus der Außenwelt bedingt (Staub, Erde) und zeigt, daß unsere durch die Schimmelbusch'schen Versuche bedingte absolute Skepsis nicht gerechtfertigt war, sondern daß wir in den ersten 6—8 Stunden nur das Recht haben, eine Wunde als infektionsverdächtig anzusehen. In dieser Zeit kann durch eine exakte Exzision der Wundränder, vorausgesetzt, daß die Wunde dazu geeignet ist, eine Wundinfektion oder gar Allgemeininfektion mit Bestimmtheit vermieden werden. Von ferner großer Bedeutung ist die Rücksicht auf die physikalische Beschaffenheit der Wunde und die Vermeidung jedes innergeweblichen Druckes. Die auf diesen beiden Grundgedanken aufgebaute Wundbehandlung wird im einzelnen genauer besprochen, und zwar mit Rücksicht auf die infektionsverdächtigen und bereits infizierten — sowohl mit örtlich eingeengter wie mit fortschreitender Infektion — Wunden. Die Besprechung bietet eine solche Fülle des Interessanten, daß die Lektüre des Aufsatzes auch den Fachgenossen nicht warm genug empfohlen werden kann.

Borchard (Posen).

---

3) **v. Kirchbauer.** Behandlung der Furunkulose und Follikulitis mit Hefepräparaten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 18.)

v. K. empfiehlt die äußere Anwendung der Hefe am besten in Form der Salizylschwefelhefeseife.

Borchard (Posen).

---

4) **Neumann.** Operationslose Behandlung der Angiome.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

N. empfiehlt die Behandlung der Angiome mit Chlorzink (Zinc. chlor. pur. sicc. 5,0—10,0, Collod. elast. dupl. ad 100,0, tüchtig umgeschüttelt mit einem Haarpinsel aufzutragen) als allen anderen Behandlungsmethoden überlegen. Wenn das aufgetragene Chlorzink nicht ausgereicht hat, das ganze Angiom zu mortifizieren, so wird auf die stehengebliebenen Reste Acid. arsenicos., Sulf. depur. āā .4,0, Ung. cerei ad 100,0 aufgelegt, und dann können die nekrotischen Teile ohne jede Blutung mit dem scharfen Löffel herausgehoben werden, resp. man läßt sie sich von selbst abstoßen.

Betreffs der Einzelheiten der Behandlung, die genau zu beachten sind, muß auf das Original verwiesen werden. **Borchard** (Posen).

---

5) **E. Potherat.** Nevralgie faciale. Résection du nerf maxillaire supérieur.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 227.)

P. folgt bei der Resektion des II. Astes des Trigeminus im allgemeinen den Vorschriften Lossen-Braun-Segond's, verwirft das blinde Vorgehen Poirier's von einem ganz kleinen Schnitt aus, legt vielmehr Wert darauf, wenn auch ohne unnötig großen Schnitt den Nervenstamm so aufzusuchen und bloßzulegen, daß er ihn unter Leitung des Auges von seiner Austrittsstelle aus dem Foramen rotundum anhaken, vorziehen und durchschneiden kann. Um ihn sicher zu finden, soll man den vorderen, zum großen Teil sehnigen Rand des M. pterygoideus externus bloßlegen. Hält man ihn zurück, so sieht man bei der Frau ohne weiteres den Nervenstamm unmittelbar nach innen von der Insertion dieses Muskels. Beim Manne verbirgt er sich infolge kräftigerer Entwicklung der Kaumuskulatur hinter einem Knochenvorsprung am vorderen Ende einer Leiste, die die untere von der lateralen Fläche des großen Keilbeinflügels scheidet; schlägt man diesen Vorsprung mit Hammer und Meißel ab, so liegt der Nerv bloß, wie bei der Frau. Die von Guinard vorgeschlagene gleichzeitige Exzision des Meckel'schen Ganglion und des die Fossa pterygoidea ausfüllenden Fettgewebes, um ja jedes Nervenzweiglein zu zerstören, hält er für unnötig und verwirft sie als zwecklose Wundkomplikation. **Reichel** (Chemnitz).

---

6) **G. Perthes.** Über Nervenregeneration nach Extraktion von Nerven wegen Trigeminusneuralgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 401.)

P. hat über den Gegenstand dieser Arbeit auf der vorjährigen Naturforscherversammlung Vortrag gehalten, und verweisen wir diesbezüglich auf den im vorjährigen Bande unseres Blattes p. 1327 erschienenen Selbstbericht. Hinzuzufügen ist nur, daß die vorliegende

Abhandlung die genauen Krankengeschichten der beiden in Leipzig beobachteten Fälle, die den Beweis für die fragliche Nervenregeneration liefern, beibringt nebst Abbildung der dazu gehörigen makro- und mikroskopischen Präparate. Auch wird in einem Nachtrag über ein an einem Hunde gemachtes gelungenes Tierexperiment berichtet. Es war der N. infraorbitalis extrahiert und der entfernte Nervenkanal mit einer Goldplombe verschlossen worden, das Tier ist dann nach 7 Monaten getötet. Die Untersuchung ergab, daß die Plombe, wie beabsichtigt, jede Nervenregeneration verhindert hatte, so daß das Verfahren sehr wohl für die praktische Chirurgie erstrebenswert sein dürfte. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

7) **P. Gerber** (Königsberg). Das Sklerom in den russischen und deutschen Grenzgebieten und seine Bekämpfung.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 392.)

G. hat seine bereits im Jahre 1900 aufgestellte Behauptung bestätigt gefunden, daß die in Ostpreußen bisher beobachteten Fälle von Sklerom sich bald mehren würden und einer Verschleppung aus Rußland ihre Entstehung verdanken. In vorliegendem Vortrage weist er dies überzeugend nach und zeigt an der Hand der Literatur und von Karten, daß in Deutschland ebenso wie in den anderen Skleromländern sowohl kompakte Herde — Oberschlesien und Ostpreußen — wie auch vereinzelte, scheinbar ganz zusammenhangslose, in Wirklichkeit aber fast kontinuierlich mit außerdeutschen Herden zusammenhängende Fälle bestehen. Es sind daher umfassende und energische Maßnahmen dringend geboten, die nicht bloß in Deutschland und Österreich, sondern auch in Rußland an drei Stellen — bei den Behörden, bei den Ärzten und bei den Kranken — einsetzen müssen und von G. des näheren besprochen werden. Hierzu ist aber in erster Reihe eine bessere Kenntnis des Wesens dieser chronischen, sich lediglich in den oberen Luftwegen abspielenden und nur bisweilen noch auf die äußere Nase und die Oberlippe übergreifenden Infektionskrankheit notwendig. G. gibt hierfür eine Zusammenstellung der diagnostischen Merkmale des Skleroms, zugleich damit eine Reihe lehrreicher Abbildungen der Befunde in der Nase, im Nasenrachenraum, Rachen, Kehlkopf, Luftröhre und der selten auch an der äußeren Nase und Oberlippe auftretenden Veränderungen und weist auf die Möglichkeit der Verwechslung der einfacheren Formen mit chronischen, mit Atemnot einhergehenden Katarrhen, besonders trockenen Charakters, der komplizierten mit Tuberkulose, namentlich des Kehlkopfs, und mit Syphilis der Nase und des Rachens hin. Da das Sklerom gewöhnlich erst nach den Pubertätsjahren sich zeigt und vorwiegend eine Armeleutekrankheit darstellt, wird an dasselbe beim Ersatzgeschäft bei der Untersuchung Gestellungspflichtiger mit verdächtigen Katarrhen oder zweifelhaften tuberkulösen und syphilitischen Affektionen der oberen Luftwege zu denken sein. **Kramer** (Glogau).

---

8) **A. Lichtenberg.** Über die Herkunft der para-urethralen Gänge des Mannes. (Aus der chir. Klinik in Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 25.)

Entwicklungsgeschichtliche Studien in dem Urogenitalgebiete des Mannes haben dem Verf. ergeben, daß die para-urethralen Gänge an der dorsalen Penisfläche in der Raphe Drüsen sind, welche bei der Bildung der Harnröhre zugleich mit einem betreffenden Teile des Harnröhrenseptums abgeschnürt wurden und sich selbständig weiter entwickelten. Auch die ventral oder dorsal von der normalen Harnröhrenöffnung mündenden Gänge sind nichts anderes als Septumdrüsen, ebenso wie die Gänge des Präputium, dessen Frenulum die Fortsetzung der Raphe darstellt und dieselbe Entstehungsursache hat.

Bei gonorrhoischer Erkrankung verschwinden die Drüsenelemente in dem befallenen para-urethralen Gang und werden als Folge einer entzündlichen Metaplasie von geschichtetem Pflasterepithel ersetzt.

Kramer (Glogau).

---

9) **P. Stolper.** Die Beckenbrüche mit Bemerkungen über Harnröhren- und Harnblasenzerreißungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 498.)

Frühere dienstliche Stellungen des Verf.s als Assistent des Breslauer pathologischen Instituts unter Ponfick, sowie am Lazarett in Königshütte unter Wagner und als Sachverständiger in Unfallsachen in Breslau boten dem Verf. ungewöhnlich reichliche Gelegenheit, die Beckenbrüche anatomisch, klinisch und in ihrer Bedeutung für Invaliditätsversicherung kennen zu lernen. Insbesondere gingen in Königshütte dem Verf. viel einschlägige Verletzungen aus der Bergwerkspraxis zu infolge von Verschüttung, Überfahrung, Sturz mit dem Gesäß auf Eisenbahnschienen, Eindrängen des Verletzten zwischen fahrende Eisenbahnwagen und Schachtwände, wobei Pat. um sich selbst gerollt wird, oder zwischen Wagenpuffer, wobei er »gepuffert« wird. Die Becken der in solchen Fällen Getöteten sind sorgfältig untersucht und lieferten, der Leiche entnommen und mazeriert, das Material zu einer stattlichen Frakturbeckensammlung, zu der auch das gleiche, ebenfalls schöne Stücke besitzende Material des Breslauer pathologischen Instituts hinzukommt. So kann S. dem anatomischen Teile seiner Arbeit 33 Präparate zugrunde legen, von denen die wichtigsten in 35 Abbildungen, teils in skizzierter, teils in photographischer Ausführung dem Texte der Abhandlung beigefügt sind — sie illustrieren den letzteren vorzüglich. Derselbe ist in drei Teile eingeteilt: A. die anatomischen, B. die klinischen Verhältnisse der fraglichen Brüche, C. die Harnblasen- und Harnröhrenverletzungen, als die wichtigsten Komplikationen der Beckenbrüche. Betreffs der anatomischen Erörterungen kann auf den Vortrag S.'s auf der Naturforscherversammlung in Karlsbad verwiesen werden, über den der Autor selbst im Jahrg. 1902 d. Zentralbl. p. 1280 berichtet hat. Seinem eigenen Referate möchten wir

nur hinzufügen, daß S. das Vorkommen reiner Verrenkungen in den Synchondrosen bezw. Symphysen des Beckens nicht anerkennt. Die allerdings ja nicht ungewöhnlichen Lockerungen in den Knochenverbindungen des Beckens sind tatsächlich stets mit Knochenbrüchen kompliziert, also höchstens als »Luxationsfraturen« zu kennzeichnen — am besten läßt man den Begriff der Luxationen am Becken ganz fallen. Im übrigen ist die Reichhaltigkeit und Genauigkeit der Befundaufnahmen an dem bearbeiteten Materiale, sind dazu die guten vielen anschaulichen Abbildungen nur anerkennend als sehr instruktiv hervorzuheben; dies gilt besonders auch betreffs der Präparate von geheilten Beckenfrakturen, an denen überreiche, »luxuriierende« Callusentwicklung an verschiedensten Stellen, nebst allerhand Deformationen auffällig hervortritt. Hinderungen der Hüftbewegung (Abduktion, Adduktion), Verlängerungen und Verkürzung des Beines, dunkle ischiadische Beschwerden (bei Callusentwicklung an den Sakrallöchern) werden durch solche Präparate verständlich. Betreffs der klinischen Erörterung gründet sich die Diagnose einem frischen Falle gegenüber wesentlich auf Palpationen und die Erzeugung von Druckschmerz an bruchverdächtigen Stellen, als welche die erfahrungsgemäß als Lieblingsstellen von Bruch bekannten Knochenpartien natürlich zunächst in Frage kommen. Bekanntschaft des Untersuchers mit diesen Punkten, Übung im Abtasten der Beckenkonturen bedingen hier die Möglichkeit eines treffenden Urteiles, das abzugeben gewiß nicht leicht ist. Denn oft gilt es auch Hüftverrenkungen, Schenkelhalsbrüche usw. differentialdiagnostisch zu berücksichtigen. Jedenfalls wird die richtige Diagnose, wie die Betriebsunfallsinvalidengutachterpraxis lehrt, häufig verfehlt. Ähnlich wie bei den Kontusionen der Wirbelsäule, die, häufig hinterher die »Spondylitis traumatica« hinterlassend, sich als Wirbelknochenverletzung herausstellen, ist auch bei Beckenkontusion stets an Knochenbrüche zu denken, und wird man nicht selten bei chronischen Beschwerden nach solchen Verletzungen Anhaltspunkte für Knochenbrüche finden, die die Klagen der Rentensucher begründet erscheinen lassen. Asymmetrie beider Beckenhälften, manchmal mit sekundärer Wirbelsäulenverbiegung, scheinbare Verlängerung oder Verkürzung eines Beines, Muskelatrophie des Oberschenkels auf der geschädigten Seite, leichte Konturunterschiede zwischen beiden Symphyses sacro-iliacae, Störung der Abduktion oder Adduktion eines oder beider Oberschenkel, Beweglichkeitsstörung und Reiben im Hüftgelenke (bei geheiltem Pfannenbruch) kommen hier neben dem Nachweis von Callusgeschwulst oder lokaler Druckempfindlichkeit in Betracht, Röntgen weniger.

Die Diagnose der bei Beckenbrüchen so häufigen und wichtigen Harnröhrenverletzung ist leicht genug, sie gründet sich auf die Blutung aus der Harnröhre. Den therapeutischen Grundsätzen seines früheren Chefs Wagner folgend empfiehlt S. hier ein für allemal die sofortige äußere Urethrotomie; abwartende und Katheterbehandlung sind gänzlich zu verwerfen; sie führen zu septischer Urininfiltration und schwerer Strikturbildung, wie mehrere beigebrachte Beobachtungen belegen. Die

Blasenverletzung ist schwieriger zu erkennen. Hier ist zur Diagnose der Gebrauch eines Katheters, aber nur eines Nélaton, nicht immer zu umgehen, unter Umständen ein Probeschnitt erforderlich. Behufs eines solchen, sowie einer kurativen Operation (Laparotomie, Blasennaht) gehören die Verletzten in ein chirurgisches Krankenhaus.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

10) **C. L. Leonard.** 40 cases of urethral calculus, in which the Roentgen diagnosis was confirmed by the recovery of the calculus.

(Lancet 1905. Juni 17.)

Verf. mißt der Röntgendiagnostik für Nieren- und Harnleitersteine mit Recht eine sehr wichtige Bedeutung bei. Die Röntgenaufnahme sollte nach Verf. bei keiner Nierenkrankheit, der Sicherheit wegen auch nicht bei den »medizinischen«, fehlen. Ein Nierenstein gibt eine unbedingte Operationsindikation, keineswegs tut dieses aber ein Harnleiterstein, der an und für sich häufiger ist, als der Nierenstein. Was die Harnleitersteine angeht, so pflegen sie sich an drei Stellen des Harnleiters festzusetzen, an der Kreuzungsstelle der Arteria iliaca, im Beginne der juxtavesicalen Portion des Harnleiters und vor der Blaseneinmündungsstelle. An allen diesen drei Stellen ist er unter Umständen direkt, sei es von oben oder durch Mastdarm oder Scheide zu tasten. Der Harnleiterstein geht in den weitaus meisten Fällen spontan ab, so in 26 Fällen Verf.s, unter geeigneter Behandlung (Mineralwässer, Buttermilch, event. Massage von Mastdarm oder Scheide aus). Ein Kolikanfall ist als günstiges Zeichen und auf baldige Genesung hinweisend anzusprechen; es ist unzweckmäßig, ihn durch absolute Ruhelage abzukürzen. Je nach Sitz des Steines zeigt der Anfall ein gänzlich verschiedenes Symptomenbild.

Die Röntgendiagnostik möchte Verf. unter keinen Umständen bei dem Leiden mehr entbehren; sie ist nach positiver und negativer Seite hin allen anderen Untersuchungsmethoden überlegen: unter 330 untersuchten Fällen fanden sich weniger als 3% Irrtümer. Die Methode ist dabei gefahrloser als Harnsegregation, Harnleiterkatheterismus, Cystoskopie und Sondieren der Blase, obwohl diese Hilfsmittel natürlich ihren Wert als solche behalten. Die Gleichheit der Röntgenstrahlen bei der Aufnahme ist wichtig; die Röhre muß während der ganzen Aufnahme in demselben Vacuumgrad erhalten bleiben. Man soll mit 20 oder weniger Volt arbeiten; eine Kompressionsblende ist dann nach Verf. nicht nötig. Die diffusen Strahlungen resultieren nach Verf. aus dem Gebrauche höherer Voltmengen.

Die Arbeit enthält eine Fülle belehrenden Stoffes und zeugt von der großen Erfahrung des Verf.s auf dem Gebiete.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

11) **A. Schäfer.** Die Behandlung des Kryptorchismus. (Aus der chir. Abteil. des Friedrich Wilhelm-Stifts in Bonn a. Rh. Prof. Dr. O. Witzel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

Die von Witzel seit Jahren mit bestem Erfolge geübte, der Gersuny'schen ähnelnde Methode der Behandlung des Kryptorchismus besteht in folgendem: Nach mehrtägiger energischer Reinigung und Desinfektion des Operationsgebietes wird ein über dem Leistenkanal beginnender, möglichst kurzer Schnitt am Hodensack angelegt, Hoden und Samenstrang mit Bruchsack isoliert, letzterer abgetragen, die Bruchpforte durch Silberdrahtnähte verschlossen und der Samenstrang stark überdehnt. Sodann wird nach einer Inzision im Septum scroti durch diese der anderseitige Hode in die leere Scrotalhälfte hinübergeschoben, mit dem heruntergeholten Hoden vernäht und schließlich wieder mit diesem in die Scrotalhälfte der gesunden Seite verlagert, worauf die Inzisionswunde im Hodensacke soweit durch Nähte verengert wird, daß eine Schnürung des Funiculus nicht stattfindet. Bei beiderseitigem Kryptorchismus wird zunächst in gleicher Weise vorgegangen, dann aber der rechte Hoden in die linke, der linke in die rechte Scrotalhälfte durch die Öffnung der Scheidewand verlagert.

Kramer (Glogau).

---

12) **F. Legueu.** De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 136.)

L. hat die Exstirpation der tuberkulösen Samenblasen in sechs Fällen ausgeführt. Nur einmal schuf er sich den Zugang von einem Leistenschnitt aus. So rationell dieser Weg scheint, um gleichzeitig das kranke Vas deferens zu entfernen, so wenig bietet er Übersicht; L. hält die Operation auf diesem Wege für schwierig, nicht ungefährlich, wenig praktisch; zudem hat sie den Nachteil, daß man bei doppelseitiger Erkrankung den Schnitt auf beiden Seiten führen muß. — In seinen fünf anderen Fällen benutzte L. den perinealen Weg. Mittels eines leicht bogenförmigen Dammquerschnittes dringt er vor wie zur Prostatektomie und löst die Gewebe stumpf auseinander, soweit sie sich lösen lassen. Sowie er die derben, höckrigen, vergrößerten Samenblasen fühlt, schneidet er längs auf ihre Unterfläche ein und schält sie aus ihrer Hülle. Manchmal gelingt das leicht; in Fällen, in denen die Entzündung zu Verwachsungen mit der Umgebung geführt hat, ist die Auslösung oft sehr schwer, radikal zuweilen unmöglich. Besonders schwierig ist die Auslösung des oberen Poles; L. rät, sich zu ihm an der Vorderfläche der Samenblase, unter vorsichtigem Anziehen ihres unteren Poles mit einer Zange, in die Höhe zu arbeiten. — Das Vas deferens wird, falls keine Epididymitis auf der gleichen Seite besteht, nur hoch oben in der Wunde unterbunden und diese drainiert und geschlossen. Bei gleichzeitiger tuberkulöser Epididymitis wird das

Vas deferens gleich von der Dammwunde aus möglichst hoch hinauf ausgelöst und dann von einem Leistenschnitt aus entfernt. — Von den sechs Pat. L.'s wurde einer erst kürzlich operiert; ein zweiter starb nach einem Jahr an Lungentuberkulose; die übrigen vier Operierten befinden sich noch wohl.

L. hält die bisher vielfach vertretene Ansicht, daß die Exstirpation der tuberkulösen Samenblasen aussichtslos und daher zwecklos sei, für unrichtig. In manchen Fällen soll freilich die Samenblase sekundär von einem primär tuberkulös erkrankten Hoden aus infiziert werden; weit häufiger aber sei die Samenblase primär erkrankt; erst von ihr aus vollziehe sich die Ausbreitung der Tuberkulose auf Vas deferens und Nebenhoden. Ferner besitze die Tuberkulose der Samenblase eine gewisse Gutartigkeit und bleibe oft jahrelang eine geschlossene Tuberkulose, die sich zur Exstirpation sehr gut eigne. — Gleichzeitige Blasentuberkulose und auch Lungentuberkulose kontraindizieren die Operation. **Reichel** (Chemnitz).

Kleinere Mitteilungen.

13. **P. Sick.** Die Holzphlegmone (Reclus).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 311.)

S. beschreibt einen einschlägigen, in Kiel beobachteten Fall, eine 42jährige Frau betreffend, die vor 5 Jahren eine Lungenentzündung mit sich anschließender und Aufmeißelung erfordernder Eiterung des linken Warzenfortsatzes durchgemacht hatte. Nachdem eine linke Kieferwinkeldrüse angeschwollen und erhebliche Schluckbeschwerden hinzugekommen waren, trat die charakteristische Infiltration mit Schwellung und Rötung der Halshaut vom Warzenfortsatz und Kieferrand bis zur Mittellinie und fingerbreit bis ans Schlüsselbein heran ein. Deutlich erhabene Ränder des Infiltrates mit abnormer Derbheit bei geringem Hautödem und Mangel an Schmerz, Fieber und Atemnot. Lues, Tuberkulose, Karzinom als wenig wahrscheinlich ausschließbar. Unter einfacher, mehr exspektativer Behandlung mit großen feuchten Verbänden (Borkompressen) trat binnen etwas über Monatsfrist völlige Heilung ein.

S. spricht diesen Fall gründlich durch, wobei er die Arbeiten von Schmincke (dieses Blatt 1905 p. 5) und Merkel (dieses Blatt 1904 p. 1377) kritisch-polemisierend beleuchtet. Die Berechtigung des von Reclus in die Wissenschaft eingeführten Krankheitsbildes der »Holzphlegmone« anerkennend, bezeichnet er als solche »eine eigentümlich chronisch verlaufende Entzündung hauptsächlich der Subcutis, aber auch des tieferen Bindgewebes, welche für gewöhnlich weder Fieber- noch Krankheitsgefühl erzeugt, sich pathologisch durch eigenartig hohe entzündliche Reaktion des infizierten Bindegewebes und geringe oder rasch abnehmende Virulenz mehr oder weniger pyogener Bakterien, event. auch höherer Pilze, auszeichnet. Eine ganze Reihe von Mikroben kann denselben Erfolg hervorrufen, jedenfalls müssen aber Neoplasma und Aktinomykose differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

14) **Veraguth** (Zürich). Trauma und organische Nervenkrankheiten.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 10.)

Mit erquickend kritischem Sinne behandelt V. das viel erörterte Gebiet der kausalen Bedeutung von Traumen für die Entwicklung organischer Nervenkrankheiten an der Hand von acht Fällen, von denen jeder einen Typus darstellt. Er gruppiert in folgender Weise:

1) Das Trauma durchbricht Hüllen des Nervensystems und zerstört Teile desselben. (Beispiele: Schädelschüsse, Wirbelbrüche mit Rückenmarksverletzung). Der hierfür angeführte Fall: Traumatische Zerstörung des rechten Stirnbeines und des Frontalpoles des Stirnhirnes bei einem mit Stigmatis degenerationis behafteten 30jährigen Manne, der schließlich auch eigentümliche Motilitätsstörungen und ein auffallendes Verhalten bei Aufnahme eines Assoziationsversuches zeigte, lehrt, daß auch bei so offenkundig schwerem Trauma der Kausalzusammenhang zwischen Trauma und gewissen Symptomen noch unklar bleiben kann.

Der zweite Fall betrifft eine lange unerkannt gebliebene Fremdkörperverletzung des N. ulnaris mit Reflexepilepsie, die erst Jahre nach der Entfernung des Fremdkörpers (Stopfnadelspitze) in Heilung überging.

In die zweite Gruppe rechnet V. Fälle, wo das Trauma Teile des Nervensystems unter unversehrten Hüllen zerstört, z. B. durch Vermittlung des Gefäßsystems (Fettembolie, Metastase von Infektionsherden, von Geschwülsten; Hämatome, Spätapoplexien, aber auch die direkte Myelodelese, welchen Ausdruck Kienböck's V. als nichts präjudizierend akzeptiert.

Hier trifft das Trauma meist in Form von Erschütterungen den ganzen Körper oder den Kopf oder die Wirbelsäule, welche ihrerseits die Gewalt auf das Nervensystem überleiten, ohne in ihrem übrigen Gewebe eine Kontinuitätstrennung zu erleiden.

V. nimmt an, daß durch Trauma bedingte heftige Schwankungen im Gefäßsystem eine Rolle bei der Verschleppung von pathogenen Keimen, Fett oder Geschwulstpartikelchen spielen können und bezieht sich dabei auf die Versuchsergebnisse von Ehrenroth, der bei intravenösen Bakterienkulturen deren Ansiedlung im Gehirne durch Kopfschläge veranlassen konnte.

Auf den (auch im Zentralblatte referierten) Versuchen von Luxenburger fußend, nimmt Verf. eine besondere traumatische Reaktion des Neurons an und versteht darunter intrazelluläre, nicht interzelluläre Vorgänge. Diese besondere Verletzbarkeit des Nervengewebes sieht er begründet in der großen Ausdehnung der Zellen (Pyramiden, periphere sensible Neurone) darin, daß gewisse Nervenzellen zu den phylogenetisch jüngsten und daher am wenigsten regenerationsfähigen Zellen des Körpers gehören. Endlich darin, daß in der Nervenzelle eine durch die normale Funktion schon bedingte Vorstufe für diesen pathologischen Abbau vorhanden ist (Edinger).

Bei dem hierfür angeführten Falle von posttraumatischer spastischer Spinalparalyse kommt er auf die Annahme einer posttraumatischen Nekrose im Sinne von Schmaus hinaus, doch nicht ohne selbst allerhand Fragezeichen einzuschalten.

Noch strenger ist er bei der Abwägung des kausalen Zusammenhanges bei den übrigen Fällen, deren Überschrift schon die Vorsicht der Deutung erkennen läßt: Trauma, im zeitlichen Anschluß daran Polyomyelitis anterior, Trauma in der Krankengeschichte einer multiplen Sklerose, Trauma in der Anamnese einer Syringomyelie; Trauma-Sarcoma piae. Diese Art von Erörterung der ursächlichen Bedeutung des Traumas für organische Nervenkrankheit wird unsere Kenntnis derselben fördern, nicht aber die kritiklose Mitteilung von einschlägigen Fällen, bei denen die Zubilligung einer Rente das wesentlichste Stück der Beweisführung für den Kausalnexus darstellt. Deshalb ist V.'s Schlußsatz sehr beherzigenswert:

Wer sich in einem konkreten Fall ein Urteil bilden will über den Kausalnexus zwischen Trauma und organischer Nervenkrankheit, der kann die Anamnese nicht minutiös genug, den Tatbestand des Traumas nicht eingehend genug, den Status des Kranken nicht detailliert genug und den eventuellen autoptischen Befund nicht kritisch genug aufnehmen. **Stolper** (Göttingen).

15) **Ferrarini e Ventura.** Sul modo di compostassi delle terminazione nervose nei muscoli degli arti sottoposti all' immobilizzazione.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 1.)

Die Untersuchungen sind ein Teil einer beabsichtigten umfassenderen Arbeit über das Verhalten des motorischen Apparates in immobilisierten Gliedern und

beziehen sich auf das Verhalten der Nervenendigungen in den Muskeln. Die Experimente sind an Kaninchen ausgeführt. Die Resultate werden durch eine Reihe schöner Photogramme illustriert. Nach einer Immobilisierung bis zu 3 Monaten traten Veränderungen an den neuromuskulären Stämmchen, den Golgi'schen Organen und den Pacini'schen Körperchen nicht auf. Die motorischen Endplatten zeigen keine Veränderungen an den Verzweigungen der Achsenzylinder. Die granulierte Substanz zeigt sich gewöhnlich geschwellt, und die Körner treten mehr hervor. Aber auch diese Veränderungen sind nicht konstant, und es ist nicht sicher, ob nicht artifizielle Veränderungen mitspielen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

16) **C. Tollens.** Zur Behandlung kavernöser Tumoren mit Magnesiumstiften.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 309.)

In der Göttinger Poliklinik (Prof. Rosenbach) wurde an einem Hautangiom auf dem Oberarm eines 4monatigen Kindes die Payr'sche Behandlung mit Magnesiumstiften versucht, indes mit völlig negativem Erfolge, so daß schließlich zur Exzision geschritten werden mußte. T. fügt seinem Berichte zwei mikroskopische Bilder der Geschwulst bei, auf denen die völlige Unzulänglichkeit der durch die Magnesiumstifte bewirkten Reaktion gut ersichtlich ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

17) **Ricard.** Appareil à chloroforme.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 39.)

18) **Quénu.** Chloroformisation.

(Ibid. p. 56.)

Das Interesse an der Frage, die Gefahren des Chloroforms durch eine bessere Art der Verabreichung möglichst zu vermindern, fängt jetzt auch in Frankreich an, sich mehr zu regen. R. beschreibt einen nach seinen Angaben von Collin konstruierten Apparat, der es gestattet, die Chloroformdämpfe ganz nach Wunsch in verschiedenster Konzentration dem Pat. zuzuführen. Ein Ventil sorgt dafür, daß die Exspirationsluft direkt aus der Maske nach außen tritt, die Einatmungsluft direkt aus dem Chloroformapparate strömt. R. rühmt dem Gebrauche seines Apparates, dessen nähere Beschreibung im Originale nachgelesen werden muß, nach, daß die Narkose eine weit ruhigere ist, der Verbrauch an Chloroform sehr verringert wird, der Operierte schnell wieder erwacht und meist frei von Erbrechen bleibt.

Reynier tadelt an dem Apparate das Vorhandensein eines Ventils; ein solches könne durch unrichtiges Funktionieren stets einmal Gefahr bringen. Er selbst ersann daher einen anderen Apparat ohne Ventil, den er auch näher beschreibt.

Q. bedient sich seit einigen Monaten des Roth-Dräger'schen Apparates und ist mit ihm außerordentlich zufrieden. Die Schüler lernen den Apparat leicht gebrauchen, der Chloroformverbrauch ist gering, die Narkosen sind sehr ruhig und gleichmäßig; das Erbrechen nach der Narkose ist selten.

Kirmisson bestätigt diese günstigen Ergebnisse auf Grund gleicher Erfahrungen mit dem Roth-Dräger'schen Apparate.

Aus der langen sich anschließenden Diskussion sei noch hervorgehoben, daß allerdings die Mehrzahl der sich zum Worte meldenden Mitglieder der Pariser chirurgischen Gesellschaft für den Gebrauch eines der Apparate von R., Reynier oder Roth-Dräger eintraten, daß einige gewichtige Stimmen sich aber auch für Beibehaltung des Chloroformierens mit der Kompresse aussprachen. Lucas-Championnière hebt namentlich hervor, daß der Apparat leicht dazu führen könne, das Gefühl der Verantwortlichkeit dessen, der das Chloroform verabreicht, zu mindern, daß auch die Tierexperimente nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen werden dürfen, da die Individuen dem Chloroform gegenüber sich allzu verschieden verhielten. — Routier hat mit dem Roth-Dräger'schen Apparate

selbst schlechte Erfahrungen gemacht, allerdings nur bei fünf Narkosen, und hat die Versuche mit ihm daher wieder aufgegeben. Eine gleich schlechte, unruhige Narkose bei Anwendung des gleichen Apparates sah er bei Delbet; allerdings wurde die Narkose sofort ruhig, als der Chloroformisator wechselte. Routier schließt daraus, daß es nicht so sehr auf die Art der Verabreichung des Chloroforms ankommt, als auf die Person dessen, der es verabreicht. — Berger verwirft die Chloroformapparate fast ganz, da sie die Aufmerksamkeit des Chloroformierenden von dem Pat. ablenken, von dieser unausgesetzten Aufmerksamkeit auf Atmung, Puls usw. aber der ganze Erfolg abhänge; auch verdeckten die Masken das Gesicht, seien daher bei Operationen an Nase, Mund usw. gar nicht anwendbar. — Kirmission, Monod, Ricard suchen diese Einwände zu entkräften. Zur Ausführung von Operationen im Gesicht ersann Delbet bereits ein Instrument, welches direkt in den Mund eingeführt wird, den Kehlkopf bedeckt und so die direkte Zuleitung der Chloroformdämpfe in die Luftwege gestattet, ohne die Operation am Gesichte zu hindern. **Reichel** (Chemnitz).

19) **Desjardins.** Note sur l'emploi de la scopolamine, comme anesthésique général en chirurgie. Rapport par M. F. Terrier.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 176.)

D. und Terrier berichten auf Grund einer freilich beschränkten Zahl von Fällen über sehr günstige Erfolge mit der Skopolamin-Morphiumnarkose. Sie benutzten die Bloch'sche Lösung: Bromhydrate de scopolamine 0,0012, Chlorhydrate de morphine 0,012, Eau destillée 1,0, und injizierten je eine Spritze 4 Stunden, 2 Stunden und 1 Stunde vor der Operation. Zur Erzielung voller Narkose bedurften sie freilich mehrfach noch geringer Chloroformdosen. Ernstere Störungen beobachteten sie nicht. Als Nachteile der Skopolaminnarkose nennt Terrier: 1) die Ungleichmäßigkeit ihrer Wirkung, die vermutlich von der leichten Zersetzlichkeit des Präparates abhängt; 2) die allgemeine Gefäßerweiterung, die zuweilen die Blutstillung etwas erschwert und dadurch zeitraubend ist; 3) die ungenügende Erschlaffung der Bauchdecken, wodurch Laparotomien erschwert werden können. Beide Autoren empfehlen, das Präparat nur von Merck in Darmstadt zu beziehen.

Reichel (Chemnitz).

20) **Landau.** Der Tod in der Morphium-Skopolaminnarkose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 28.)

66jähriger Herr, geringe Arteriosklerose. 2 Stunden vor der Operation 0,9 mg Skopolamin, 2 cg Morphium. Tiefe Narkose. Entfernung einiger Hämorrhoidalknoten. Tod nach etwa 3 Stunden unter dem Bilde der Herzlähmung, nachdem Pat. 1 Stunde nach der Operation erwacht war. Trotzdem also bei beiden Medikamenten noch nicht die Einzeldosis der Pharmakopoe erreicht war, trat der Tod ein. Es mahnt dieser Fall, wie die vielen anderen mitgeteilten Todesfälle in der Morphium-Skopolaminnarkose, doch mit einer weiteren Verbreitung dieser Methode noch recht vorsichtig zu sein. **Borchard** (Posen).

21) **Herescu.** Über Rhachiostovainisierung.

(Soc. de chir. in Bukarest 1905. März 2.)

H. hat die in letzter Zeit viel gelobte Anästhesie durch Einspritzung von Stovainlösung in den Rückenmarkskanal bei zehn Operationen im Bereiche der Harnorgane angewendet, ist aber mit dem Mittel nicht zufrieden, sondern zieht die Chloroformnarkose vor. Diese kann man dosieren und die Anwendung des Chloroforms bei Eintreten bedrohlicher Erscheinungen sistieren, während man von Stovain die volle Dosis auf einmal einspritzen muß und den sich dann einstellenden unangenehmen Erscheinungen ziemlich machtlos gegenübersteht. H. bemerkte bei seinen Pat., außer Temperatursteigerungen bis 39,8°, in sechs Fällen Kopfschmerzen, in zwei Erbrechen, in zwei Incontinentia alvi, in einem Falle Schlaflosigkeit und je in einem Kontrakturen in den Beinmuskeln und Harnretention.

E. Toff (Braila).



22) **O. Füster.** Erfahrungen über Spinalanalgesie.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 1.)

Verf. bespricht die Erfahrungen, welche die v. Hacker'sche Klinik an 235 unter Spinalanalgesie operierten Fällen gemacht hat. Als Anästhetikum wurde stets Tropakokain, als Lösungsmittel mit wenigen Ausnahmen die aussickernde Zerebrospinalflüssigkeit verwendet. Die Methode erwies sich als brauchbar für Operationen von im Mittel einstündiger Dauer und an den von Nabelhöhe nach abwärts gelegenen Körperteilen. Gegenüber der Inhalationsnarkose waren die intra- und postoperativen Begleiterscheinungen meist geringer und auch die Nachwirkungen weniger unangenehm, ein Vorteil, der besonders bei geschwächten Individuen ins Gewicht fällt. Ein Todesfall kam nicht vor, wohl aber kam es bei einer hysterischen Morphinistin, welche wegen akuter Appendicitis operiert wurde, und bei der die Anästhesierung nicht einmal gelang, zu recht beängstigenden Nachwirkungen. Es bestand Verdacht auf eine Meningitis spinalis, doch ergab die zweimal vorgenommene Lumbalpunktion sterile, stark hämorrhagische Flüssigkeit. Erst nach 9 Tagen trat plötzlich Besserung ein. Störungen während der Operation, bestehend in Kollaps (4mal), Erbrechen (2mal), Incontinentia alvi und z. T. auch urinae (10mal) und Abkürzung der analgetischen Periode (15mal) traten in 13,2% der Fälle auf. Von postoperativen Störungen wurden beobachtet 7mal Erbrechen, 26mal Kopfschmerzen, eine größere Zahl von Temperatursteigerungen und 2mal motorische Paresen der oberen Extremitäten, dazu der oben erwähnte Fall. Als größter Mangel der Methode wird hervorgehoben, daß sie in 4,7% der Fälle vollkommen versagte, und daß es in einigen weiteren Fällen unmöglich war, die Punktion überhaupt auszuführen. Als untere Grenze für die Spinalanalgesierung wird das 10. Lebensjahr angegeben. In dem Bestehen akut entzündlicher, eitriger Prozesse sieht Verf. nach den Erfahrungen mit dem erwähnten Falle von Appendicitis eine Gegenanzeige. **M. v. Brunn** (Tübingen).

23) **Walther.** Méningo-myélite consécutive à une rachicocaïnisation.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 214.)

Bei einem 21jährigen Manne wurde zwecks Operation tuberkulöser Ostitis der großen Zehen beider Füße am 25. Februar 1903 und 27. Mai 1903 das Rückenmark in der üblichen Weise kokainisiert. Das erstemal folgten keinerlei Störungen; auch nach der zweiten Operation fehlten solche am 1. und 2. Tage. Am 3. Tage klagte Pat. über Kältegefühl und das Gefühl von Eingeschlafensein in beiden Beinen; ihre Motilität minderte sich auch mehr und mehr und schwand, ebenso wie die Sensibilität, bis zum 10. Tage völlig; in der 3. Woche gesellte sich Inkontinenz für Stuhl und Urin hinzu. Die Sphinkterenlähmung ging binnen 4 bis 5 Monaten vollständig zurück. Die Beweglichkeit der Beine fing erst Januar 1904 an, ein wenig wiederzukehren und sich langsam zu bessern. Bis Anfang 1905, also 2 Jahre nach der Kokainisierung war die Lähmung erst teilweise geschwunden. Entartungsreaktion bestand nicht. **Reichel** (Chemnitz).

24) **Housquains.** Cataplasmes à la levure de bière.
(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 20.)

H. hat in sechs Fällen mit bestem Erfolge die von Kempf (Indiana med. journ. 1904, September) zuerst empfohlenen Bierhefekataplasmen verwendet. Zur Herstellung derselben setzt man der Bierhefe die doppelte Menge fein gesiebten Weizenmehles zu, erhitzt die Masse und fügt dann auf 750 g etwa 50—60 g vegetabilische pulverisierte Kohle zu. Diese Kataplasmen bilden ein vorzügliches bakterizides Mittel bei verschiedenen septischen Prozessen, wie Hautgangrän, Geschwüren, Erysipel, infizierten Wunden. **Mohr** (Bielefeld).

25) **W. R. Huggard** and **E. C. Morland.** The action of yeast in tuberculosis and its influence on the opsonic index.
(Lancet 1905. Juni 3.)

Ausgehend von der Beobachtung eines erheblichen Nutzens der Hefeanwendung bei Furunkulosis und anderen derartigen auf Infektion beruhenden Krank-

heitserscheinungen, wandten Verff. bei Tuberkulose, und zwar bislang in 36 Fällen, Hefe innerlich an. Verwandt wurde die gewöhnliche deutsche Preßhefe, die gewöhnliche Brauereihefe, die schweizerische Levurinose oder das französische Ferment de raisin; Unterschiede in der Wirkung wurden nicht beobachtet. Die Dosierung war 2—3 g einmal täglich, bei den späteren Versuchen mehr. Genommen wurde das Mittel in kalter Milch oder in Wasser; einige Pat. empfanden großen Widerwillen und mußten mit der Behandlung aussetzen.

Die Erfolge der Hefebehandlung bei Tuberkulose waren im allgemeinen ermunternd, einige in der Arbeit nachzulesende Tabellen geben darüber Aufschluß.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

26) **L. Heidenhain.** Zur Operation der Karzinome in der Gegend der Tonsillen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 1.)

Ebenso wie beim Brustkrebs die Fortnahme der Brustmuskeln bei Verdacht auf Möglichkeit ihrer Infektion in den Lymphbahnen nach H.'s Forschungen für Erzielbarkeit der Radikalheilung ausschlaggebend ist, wird es beim Rachenkrebs ebenfalls darauf ankommen, die gesamte Schlundmuskulatur nebst den Gaumenmuskeln usw. zu exstirpieren. Das stete Spiel dieser teilweise durcheinander geflochtenen Muskeln leistet bei Eindringen von Krebszellen in die Lymphbahnen dem Weiterkriechen den ausgiebigsten Vorschub. Um die in Frage kommenden Muskeln zuverlässig auszurotten, müssen die Knochen, von denen sie entspringen, entfernt werden, also Tuber maxillare und Processus pterygoideus samt der senkrechten Platte des Gaumenbeines. Von Weichteilen müssen die seitliche Rachenwand, das Zäpfchen bis über die Mittellinie, die Gaumenbögen fortfallen.

Nach diesen Grundsätzen hat H. bei einem Pat., der, wegen eines Karzinoms des Alveolarrandes des linken Oberkiefers früher primär operiert, ein ausgedehntes Rezidiv an Mandeln, Gaumenbögen usw. bekommen hatte, eine Operation ausgeführt, die für die Zukunft vorbildlich werden könnte. Schnittführung bogenförmig vom Mundwinkel nach abwärts bis zum Zungenbeinhorn, dann aufsteigend hinter dem Unterkieferaste bis zum Warzenfortsatze. Der umschriebene Lappen wird hoch präpariert, wobei am Halse nur die Haut mitgenommen wird, im Gesichte dagegen auch die Parotis nebst der Facialisverzweigung, indem die Parotis vom Masseter abgetrennt wird. Nun Exartikulation des Unterkieferastes, nachdem die Temporalissehne vom Kronenfortsatz abgetrennt worden. — Geschwulst am Knochen hängen bleibend. Durch Meißeldurchtrennung des Jochbeines vorn und hinten wird der Zugang zur Schädelbasis frei. Abschlagung des Processus pterygoideus von letzterer. Nun folgt Trennung des Mundbodens entlang der Zunge, Exzision der Rachenteile, des Gaumens, Meißelresektion des Oberkiefers einschließlich der unteren Jochbeinhälfte, aber mit Konservierung des Bodens der Orbita, der obersten Muschel, der Nasenscheidewand zum größten Teil und der lateralen Hälfte des rechten harten Gaumens. Die Rachenwunde konnte bis auf eine daumenstarke, seitliche Lücke geschlossen, die Stümpfe der Wangenschleimhaut an die Zunge genäht werden. Äußere Weichteilwunde bis auf eine Lücke vernäht, durch welche ein auf den Rachendefekt geleitetes Gazedrain ausgeführt wurde. In den ersten Tagen Sondenfütterung; allmähliche, aber glatte und völlige Heilung mit guter Kaufähigkeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) **P. Sebileau** et **L. M. Pautrier.** Volumineuse tumeur de la langue datant de vingt-cing ans, simulant un cancer, mais de nature papillomateuse, et coexistant avec de la sclérose linguale et de la leucoplasie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 144.)

Der 47jährige Pat. bemerkte seit 25 Jahren in seiner linken Zungenhälfte zwei kleine Geschwülste, eine am linken Zungenrand, eine am Zungenrücken nahe der Mittellinie. In den ersten 10 Jahren waren sie je erbsengroß, dann begannen sie langsam, in den letzten 4 Jahren rasch zu wachsen, verschmolzen miteinander und

stellten jetzt zur Zeit der Beobachtung eine 3 cm lange, 2 cm breite, 1 cm hohe Geschwulst dar, die das mittlere Drittel der linken Zungenhälfte einnahm. Sie ragte pilzförmig über das Niveau der Umgebung, war derb, höckrig, unregelmäßig tief gefurcht. Hinter der Geschwulst war die Schleimhaut der Zunge papillomatös gewuchert, vor ihr weißlich, glatt, sklerosiert. Unter beiden Kiefermuskeln fühlte man je eine kleine bewegliche Lymphdrüse. Eine Probeexzision ergab, daß es sich nicht um ein Karzinom, sondern ein gutartiges Papillom der Zunge handelte. S. vermutet, daß auch an anderen Fällen, die als Karzinom angesehen, wiederholt operiert wurden und über 20 Jahre am Leben blieben, es sich nicht um Krebs, sondern einfache Papillomgeschwülste gehandelt haben mag.

Reichel (Chemnitz).

28) **Sick.** Trepanation der Wirbelsäule wegen Fraktur und Lähmung.
(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Es handelte sich um einen Wirbelsäulenbruch im Bereiche des 1. und 2. Lendenwirbels mit einer fast völligen Lähmung der unteren Körperhälfte vom Nabel abwärts. Nach 3 Tagen Laminektomie. Die Bogen des 1. und 2. Lendenwirbels sind zerbrochen. Es findet sich ein halbkreisförmiges Bruchstück des Bogens tief in die Dura eingedrückt, so daß oberhalb der Duralsack pulsierte, unterhalb keine Pulsation zu erkennen war.

Nach $^3/_4$ Jahren war fast völlige Heilung eingetreten.

Borchard (Posen).

29) **Kron.** Ein Fall von operierter Geschwulst des Rückenmarkes.
(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 25.)

Walnußgroße Geschwulst zwischen Periost und Dura mater in der Höhe des 8. Brustwirbels. Da der kontrollierende Finger keine weitere Geschwulst oberhalb des 6. Dorsalwirbels nachweisen konnte, wurde die Operation mit Tamponade der Wunde geschlossen. Tod an Pneumonie. Bei der Sektion fand sich in der Höhe des 5. Brustwirbels auf der linken Seite eine zweite kleine Geschwulst (Spindelzellensarkom).

Borchard (Posen).

30) **R. Stegmann.** Die Behandlung der Struma mit Röntgenstrahlen. (Aus dem Rudolfinerhause in Wien. Dr. Gersuny.)
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

In zwei Fällen von parenchymatösem Kropf ließ sich, ohne daß Störungen im Allgemeinbefinden auftraten, durch mehrmalige Röntgenbestrahlung ein deutlicher Rückgang der Geschwulst erzielen.

Kramer (Glogau).

31) **P. Reich.** Intubation mit Zelluloidtuben. (Aus der kgl. Universitäts-Kinderklinik in München.)
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

Nach den in der Münchener Kinderklinik gemachten Erfahrungen genügen bei Intubation die Zelluloidtuben den an eine Tube zu stellenden Ansprüchen, weil sie von geringem Gewichte sind, in allen Teilen eine absolut präzise, dauerhafte Politur aufweisen und eine möglichst weite Lichtung zum leichten Durchgange der zu exspektorierenden Sekrete haben. Allerdings kann es vorkommen, daß solche Tuben, wenn gar zu niedrigen Gewichtes, leicht ausgehustet werden; die Wahl einer größeren Tubennummer wird die Wiederholung dieser Störung verhüten. Da Auskochen der Tuben nicht möglich ist, muß die Reinigung durch langdauernde Durchspülung mit fließendem Wasser und durch Desinfizientien herbeigeführt werden. Die Tuben haben sich in der Münchener Klinik durchaus bewährt.

Kramer (Glogau).



32) **H. v. Schroetter.** Klinischer Beitrag zur Bronchoskopie. (Aus der k. k. III. medizinischen Universitätsklinik [L. v. Schroetter] in Wien.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

Verf. berichtet über zwei neue Fälle von erfolgreicher Bronchoskopie. Im ersten gelang die Entfernung der in den rechten Unterlappenbronchus geratenen Fruchtschale erst bei der dritten Sitzung — am 11. Tage — mittels eines 43 cm langen Rohres von 8 mm Lichtung, in das sich der Fremdkörper hineinpreßte. Der infolge der Aspiration des letzteren entwickelte entzündliche Prozeß besserte sich anfangs danach; dann trat eine neue Entzündung in dem Lungenlappen mit Beteiligung der Pleura ein, die erst innerhalb mehrerer Wochen mit Induration des Lungengewebes usw. ausheilte. Die Schleimhaut des Bronchus, in dem sich die Lorbeerfruchtschale oberhalb des Einganges in einem kleineren Bronchialast festgesetzt hatte, fand sich bei der Bronchoskopie sehr stark geschwollen, der Bronchus infolgedessen sehr verengt, so daß eine Ausstoßung des Fremdkörpers ohne Kunsthilfe kaum möglich gewesen wäre. Im zweiten Falle war dieser ein nicht so unscheinbares Gebilde, sondern ein eiserner Tapezierernagel, welcher 12 Tage vorher in den Eingang des rechten Bronchus gelangt war. Die Entfernung konnte ohne allgemeine Anästhesie und ohne Tracheotomie durchgeführt werden; der in Granulationsmassen verhakte Fremdkörper wurde nicht mit den Magneten, sondern mit einer langen Pinzette gefaßt und zugleich mit der Röhre extrahiert. Die am nächsten Tage aufgetretenen, wahrscheinlich durch Hyperämie und Schwellung am Sitze des Fremdkörpers bedingten Stenosenerscheinungen gingen rasch vorüber.

Kramer (Glogau).

33) **I. Nanu** (Bukarest). Echinokokkuscyste des rechten unteren Lungenflügels. Radiographie.

(Spitalul 1905. Nr. 11.)

Der Fall bot insofern besonderes Interesse dar, als die Diagnose durch das Röntgenbild näher beschrieben werden konnte. Perkutorisch wurde bei der 40jährigen Pat. eine 2—3fingerbreite Mattigkeit an der Basis des rechten Lungenflügels gefunden, auch wurden zeitweilig mit den Hustenstößen gallertige Bläschen ausgeworfen. Nach den Symptomen hätte es sich aber auch um eine durchgebrochene Echinokokkuscyste der Leberkonvexität handeln können; doch konnte dies durch die Röntgenographie ausgeschlossen werden. **E. Toff** (Braila).

34) **Umber.** Perikardio-mediastinale Verwachsungen und Kardiolysis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

Bei einer 42jährigen Kranken hatte sich im Anschluß an eine linksseitige Pleuritis eine chronische adhäsive Mediastinoperikarditis entwickelt. Es wurde die Kardiolysis mit vollkommenem Erfolge gemacht. N. empfiehlt die Kardiolysis für alle reinen Fälle von perikardio-mediastinalen Verwachsungen, bei denen der Herzmuskel noch leistungsfähig ist. **Borchard** (Posen).

35) **Riche.** Plaie du ventricule droit par coup de couteau. Suture. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 172.)

Mitteilung eines weiteren Falles von Heilung einer Herzstichwunde, und zwar des rechten Ventrikels, durch Naht. Die Operation fand kurze Zeit nach der Verletzung statt. R. benutzte einen winkelförmigen Schnitt, dessen einer Schenkel quer im 4. Zwischenrippenraume durch die Stichwunde hindurchzog, dessen anderer Schenkel am linken Brustbeinrande aufwärts umbog, durchschnitt den 3., 4. und 5. Rippenknorpel und klappte den Weichteil-Knorpellappen nach außen oben um. Ein Versuch, die Herzwunde zunächst durch eine Klammer zu schließen, führte

zu einem Riß und verstärkter Blutung; desgleichen schnitt eine erste, perforierend angelegte Naht die Muskulatur durch. Nach Anziehen des Herzens gelang es dann, durch einige nicht perforierende Catgutnähte die Wunde zu schließen und die Blutung zu stillen. R. stellte fest, daß, sowie er das Herz losließ, die Blutung erschreckend stark war, sich aber sogleich beträchtlich verminderte, sowie er das Herz nach außen vorzog. **Reichel** (Chemnitz).

36) **R. Rothfuchs.** Schuß durch die linke Herzkammer. Herznaht. Tod durch Peritonitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 603.)

R. hat die fragliche Operation bei einem 25jährigen Selbstmörder im Hafenkrankenhause in Hamburg ausgeführt. Nach Resektion der 5. und Rückschlagung der 4. Rippe findet sich eine blutende Einschußöffnung im Herzbeutel. Dilatation dieser durch Seitenschnitt, starke Blutentleerung. Einschußöffnung in der Vorderwand des linken Ventrikels bemerkbar und leicht durch Catgutnaht geschlossen. Ausschußöffnung hinten zunächst nur fühlbar, wird durch Heben der Herzspitze praktikabel und ebenfalls genäht. Auch in der Herzbeutelhinterwand ein Loch. Pneumothorax war beim Operieren nicht entstanden. Naht des Herzbeutels und der äußeren Wunde, Gazedrainage. Dauer der nachts ausgeführten Operation $1^1/_2$ Stunden, wobei Pat. reinen Sauerstoff mittels des Roth-Dräger'schen Apparates erhielt. Der Verlauf schien sich zuerst gut anzulassen, doch zeigten sich am Abend des nächsten Tages Zeichen von Peritonitis, derentwegen nochmals einzugreifen des schlechten Zustandes wegen unmöglich war, und die 24 Stunden post operationem den Tod herbeiführte. Die Sektion zeigte, daß Zwerchfell und Magen durchschossen waren und das Geschoß im Zwerchfell saß. (Außerdem hatte Pat. sich noch eine irrelevante Kopfschußwunde beigebracht — am Warzenfortsatz — ohne Knochenverletzung.)

Gleichzeitige Durchschießung von Herz und Magen, nur bei steiler Waffenaufsetzung erzielbar, ist höchst selten und nur bei Hochstand des Zwerchfelles und Herzvergrößerung bezw. Verlagerung möglich, Umstände, die in dem Berichtsfalle vorlagen. Indikation zur Operation hält R. bei Herzschußverletzung immer für gegeben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **Oelsnitz** (Nice). Extraction d'un corps étranger de l'oesophage chez un enfant de quatorze mois, au moyen du crochet de M. Kirmisson. Rapport par M. E. Kirmisson.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 211.)

Bei einem 14monatigen Kinde gelang die Extraktion eines 50-Centimesstückes aus der Speiseröhre mittels des Kirmisson'schen Hakens 11 Tage nach dem Unfalle, nachdem vorher verschiedene Extraktionsversuche mit anderen Instrumenten, auch mittels Graefe'schen Münzenfängers, von verschiedenen Ärzten versucht, nicht zum Ziele geführt hatten. Kirmisson hält dies Verfahren zur Entfernung verschluckter Münzen für das normale, während er die Ösophagotomie verwirft. **Reichel** (Chemnitz).

38) **P. Delbet.** Cystoscope direct du Dr. Luys.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 239.)

Luys hat die Kelly'sche Idee der direkten Cystoskopie aufgenommen und vervollkommnet. Statt der Kelly'schen Knie-Ellbogenlage, in der bekanntlich die Blase sich mit Luft füllt, sowie man die Harnröhre klaffend erhält, benutzt er die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung. Sein Instrument stellt eine 18 cm lange Röhre dar, in deren Unterwand ein zweites, enges, sich am Blasenende öffnendes Rohr befindet, durch welches hindurch jeder Tropfen Urin leicht abgesaugt werden kann. Die Beleuchtung der Blase erfolgt mittels einer kleinen elektrischen Lampe, die in die Röhre bis zum Blasenrande mit einem feinen

Stäbchen vorgeschoben wird. Das nähere Detail muß im Original nachgelesen werden.

D. ist erstaunt über die Klarheit der mittels dieses direkten Endoskops gewonnenen Bildern der Blasenschleimhaut. Auch sei seine Handhabung so einfach, daß jeder Arzt ohne weitere Übung mit seiner Hilfe den Harnleiterkatheterismus, sowie gewisse kleine endovesikale Operationen ausführen könne. Das Instrument gestatte die Besichtigung der ganzen Blase mit Ausnahme des unmittelbar oberhalb des Blasenhalses gelegenen Abschnittes der vorderen oberen Blasenwandung.

Tuffier rühmt das Instrument in gleicher Weise, wenn er auch den Einwand Albarran's gerechtfertigt hält, daß das jeweilige Gesichtsfeld ziemlich eng begrenzt ist, das Instrument daher allmählich entlang der ganzen Blasenwand hin und hergeführt werden muß. **Reichel** (Chemnitz).

39) **Biland** (Bern). Über einen Fall von Staphylohämie (mit Urethritis, Epididymitis und Exanthem).

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 12.)

Ein 21jähriger Mann kam in die Jadassohn'sche Abteilung, weil eine Epididymitis und Urethritis den Gedanken an deren gonorrhoische Natur nahelegte. Die sorgfältige bakteriologische Untersuchung und kritische Beobachtung gibt dem Fall indes eine besondere, auch chirurgische, Bedeutung. Pat. erkrankte mit Schmerzen in der anschwellenden rechten Schulter (Osteomyelitis des Akromion mit subdeltoidealem Abszeß — Inzision), 4 Tage später mit Bursitis praepatellaris links, am 5. Tag erst mit Urethritis, weiterhin mit knotenartigen Herden an beiden Fußrücken und Unterschenkeln (Erythema nodosum), schließlich mit schmerzhafter Verdickung einiger Rippen. Die bakteriologische Untersuchung ergab Reinkulturen von Staphylokokkus aureus im Blut, im Harnröhrensekret, im Schulterabszeß, im Nebenhoden, in einem exzidierten Hautknoten und in kleinen Hautpusteln. Eine Eingangspforte war nicht nachweisbar. Der Fall erinnert an die von Lenhartz (Nothnagel's Handbuch »Die septischen Erkrankungen«) beschriebenen Fälle von Staphylokokkenurethritis nach Katheterismus und legt die Frage nahe; ob das Erythema nodosum wirklich als abgeschwächte Pyämie aufzufassen oder ob es eine von den pyämischen Dermatosen abzugrenzende Krankheit ist, die nur in einzelnen Fällen von diesen nachgeahmt werden kann. Im vorliegenden Falle, so nimmt Verf. an, hat die Kokkenausscheidung durch die Nieren sekundär die Staphylokokkenurethritis herbeigeführt. **Stolper** (Göttingen).

40) **R. H. Fox.** 29 years of catheter life.

(Lancet 1905. Juli 22.)

Bericht über einen mit 91 Jahren gestorbenen Prostatiker, der 29 Jahre lang ein sehr erträgliches, ihn kaum behinderndes Katheterleben führte ohne allzugroße Vorsichtsmaßregeln gegen Sepsis anzuwenden. Er katheterisierte sich täglich mehrmals selbst. Die Todesursache war schließlich doch noch Cystitis.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

41) **P. Héresco** (Bucharest). Latent vésical urétérite suppurée avec distension. Pyonéphrose droite. Taille hypogastrique. Néphro-urétérectomie totale. Guérsion.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 158.)

Bei einem 6jährigen Kinde entfernte H. durch Sectio alta einen Blasenstein von Hühnereigröße. Der Stein war in einer Masche der rechten Blasenhälfte fixiert. Nach seiner Herausnahme sah man aus dem rechten Harnleiter Eiter strömen. Da diese Eiterabsonderung und Fieber anhielten, entschloß sich H. zur extraperitonealen Bloßlegung des rechten Harnleiters. Er fand ihn bis zum Volumen einer Dünndarmschlinge erweitert und mit Eiter gefüllt, desgleichen die Niere in



eine große Eitertasche umgewandelt, exstirpierte daher sogleich Niere und Eileiter bis zu seiner Einmündung in die Blase. — Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

42) **P. Héresco** (Bucharest). Néphrolithotomie droite chez un malade guéri antérieurement d'un diabète insipide par une intervention chirurgicale (néphropexie gauche).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI p. 156.)

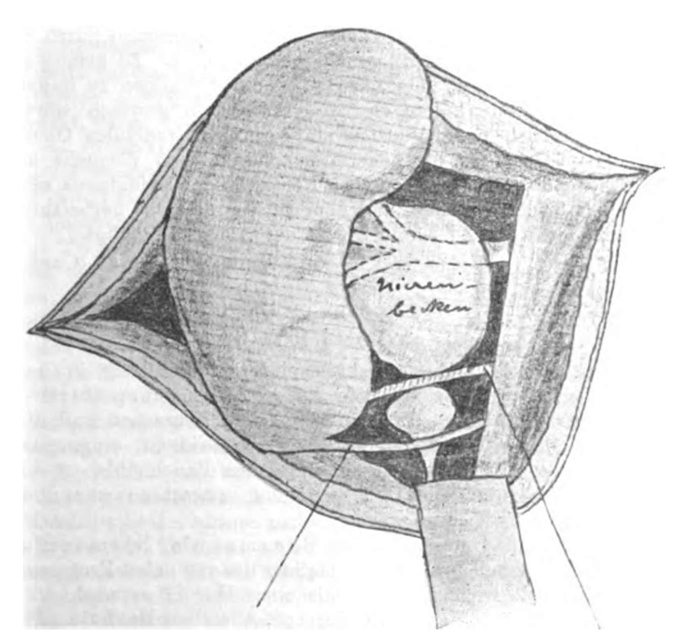
Über die durch Nephropexie einer beweglichen linken Niere erzielte Heilung von einem Diabetes insipidus wurde bereits in diesem Zentralblatte berichtet. Der 17jährige Pat. ist, wie H. jetzt mitteilt, von seinem Diabetes geheilt geblieben, erkrankte indes an rechtsseitiger Steinniere. H. entfernte einen mandelgroßen, harten, 3 g schweren Stein durch Nephrotomie und erzielte völlige Heilung.

Reichel (Chemnitz).

43) **H. Morris.** A case of hydronephrosis and renal calculi, in which 16 small calculi were detected by the X-rays and in which the hydronephrosis was due to constriction of the pelvis of the kidney by an artery and a vein passing to the lower pole.

(Lancet 1905. Juli 15.)

Den Inhalt der interessanten Mitteilung aus dem Middlesex Hospital besagt die Überschrift. Es wurden bei der 29jährigen Kranken 16 Steine von ca. 3 mm Durchmesser röntgenographisch festgestellt und dann entfernt. Die Hydronephrose



Abnormale Vene. Abnormale Arterie.

war durch eine bandartige abnorme Arterie hervorgerufen, die in der der Arbeit entnommenen Skizze dargestellt wird. Die abnormen Gefäße wurden unterbunden. Der Fall ging in Heilung aus. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

44) **Creite.** Peniskarzinom bei einem zweijährigen Kinde.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 22.)

C. berichtet über einen Fall von Penisgeschwulst, die sich nach Amputatio penis und Exstirpation der Corpora cavernosa als ein großzelliges Karzinom vornehmlich der Corpora cavernosa penis erwies. **Borchard** (Posen).

45) **C. B. Keetley.** Temporary fixation of testis to thigh.

(Lancet 1905. Juli 29.)

Verf. berichtet über 25 Fälle seiner Operation des Kryptorchismus, die darin besteht, den Hoden mit dem losgelösten Gubernaculum an die freigelegte Fascia lata am Oberschenkel dem Hodensack entsprechend anzunähen. Verf. führt diese Methode seit 1894 aus und hält die Katzenstein'sche Modifikation, den Hoden an einem gestielten Oberschenkellappen zu befestigen, für keine Verbesserung. Nach dem Annähen des durch das Skrotum durchgezogenen Hodens an den Schenkel wird der meist gleichzeitig bestehende Bruch (bei Verf. in 40% vorhanden) operiert und die Skrotalinzision mit der Oberschenkelinzision vernäht. Trennung vom Oberschenkel nach 5 Monaten.

Die vorliegende Statistik betrifft: rechte Seite 12, linke 2, beide Seiten 5 (10), nicht mehr genau bekannt 6. Der Erfolg war stets ausgezeichnet. Zwei Abbildungen eines Pat. illustrieren die Operation in ihren Phasen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

46) **W. v. Brunn.** Zur Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 235.)

B. untersuchte 8 Präparate tuberkulöser Hoden (darunter 6 durch Kastration in der Marburger Klinik gewonnen) genau mikroskopisch. Es gelang ihm nicht, auch unter makroskopisch völlig intakten Hoden, einen einzigen zu finden, der bei bestehender Nebenhodentuberkulose frei von Tuberkeln gewesen wäre. Dieses Resultat spricht natürlich nur zugunsten eines durchaus radikalen Operationsverfahrens und läßt insbesondere die neuerdings empfohlenen Versuche als verfehlt erscheinen, bei Nebenhodentuberkulose nach Resektion der Epididymis eine Anastomose zwischen den Hodenkanälchen und dem Ductus deferens herbeizuführen.

Literaturverzeichnis von 43 Nummern ist der Arbeit beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) **Halstead** and **Clark.** Hydrocele in the female.

(Annals of surgery 1905. Nr. 5.)

Eine Frau hatte seit mehreren Jahren eine Anschwellung in der rechten Leistengegend bemerkt, welche sich bis in die große Schamlippe herab erstreckte und sich leicht zurückdrängen ließ. Als Schmerzen, Erbrechen und die Unmöglichkeit, die Geschwulst in die Bauchhöhle zurückzubringen, eingetreten waren, mußte operiert werden. Es fand sich eine mit der Bauchhöhle in Verbindung stehende Cyste, welche mit dem Lig. rotundum verwachsen war und als eine Hydrokele des Nuck'schen Kanales angesprochen wurde. Daß solche Hydrokelen vorkommen, ist durch die Untersuchungen Bergmann's, Niemann's u. a. bewiesen; es handelt sich dabei um ein Offenbleiben des vaginalen Prozesses des Peritoneums. Die Krankheit wird meistens mit einer Hernie verwechselt und kann namentlich eine inkarzerierte Hernie vortäuschen. **Herhold** (Altona).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 37. Sonnabend, den 16. September. 1905.

(Aus der königl. chirurgischen Klinik zu Bonn: Prof. Bier.)

Die Ermöglichung einer genauen Kontrolle reponierter kongenitaler Hüftgelenksluxationen.

Von

Dr. Rudolf Klapp,

Oberarzt und Privatdozent.

Mit einer Doppeltafel.

Wenn man die Reposition einer kongenitalen Hüftgelenksluxation vorgenommen hat, ist es eine allgemein anerkannte Forderung, den Erfolg zu kontrollieren. Die Ausübung dieser Kontrolle geschieht mit dem Röntgenbild. Nun gehen die meisten Ärzte jetzt so vor, daß sie wenige Tage nach Vornahme der Reposition eine Röntgenaufnahme des betreffenden Hüftgelenkes durch den Gipsverband machen oder sie warten monatelang bis zur Abnahme des Gipsverbandes und photographieren dann erst. Beides ist unzweckmäßig. Bei der Aufnahme durch den Gips erhält man schlechte Bilder, bei denen man die Stellung des Kopfes zur Pfanne nur ahnen kann, bei dem letzteren Vorgehen verliert man viel Zeit und fixiert das Kind unnötig lange im Verbande.

Da mir die bisher gewonnenen Bilder zur Kontrolle, ob die Reposition gelungen war oder nicht, nicht genügten, ging ich so vor, daß ich beim Anlegen des Gipsverbandes vor das Hüftgelenk ein rundes Holzbrett mit eingipste. Am nächsten oder einem der folgenden Tage wurde das Holzstück aus dem Gips ausgeschnitten, herausgenommen und die Röntgenaufnahme durch die Lücke gemacht. Nach der Aufnahme wird das Brettchen wieder an seine Stelle gesetzt und mit einer Stärkebinde zugewickelt.

Die Bilder, welche bei der Aufnahme durch die Lücke erzielt wurden, waren durchweg so gut, daß man sich mit Sicherheit über die Stellung des Kopfes zur Pfanne ein Urteil bilden konnte. In der Doppeltafel gebe ich einige Beispiele davon.

Ist die Einrenkung nicht gelungen, so kann man nach einigen Tagen die Reposition wiederholen und so die Mobilisierung und event. Zerreißung zu einem erneuten Repositionsversuch benutzen, der dann in gleicher Weise kontrolliert wird.

Das Verfahren gibt uns eine viel genauere Kontrolle an die Hand, als das früher möglich war.

Ich möchte noch einige Kleinigkeiten nachtragen: Um das Ausgleiten des Holzstückes unter den Gips zu verhüten, geht man erst mit 1—2 Touren Gipsbinde über das Hüftgelenk und legt dann das Holzstück darauf. Ferner ummauert man zweckmäßig das Holzstück

von allen Seiten dadurch, daß man Gipsbindenreste gegen die Nischen drückt. Die Festigkeit des Verbandes erleidet so keinerlei Einbuße.

Die Größe des kreisrunden Holzstückes beträgt $7^1/_2$ cm im Durchmesser. Man kann es ziemlich klein nehmen, da die Lücke im Gipsverband nach Entfernung des Holzstückes in einer viel größeren Scheibe auf die Platte projiziert wird.

Man hat außer der Kontrolle der Stellung des Kopfes noch einen anderen Nutzen, den ich nicht vergessen möchte zu erwähnen.

Dadurch, daß man am nächsten Tage schon, wo man den Fall und die Repositionsmanöver noch in genauer Erinnerung hat, genau sieht, wohin die Repositionsmanöver geführt haben und wie der Kopf steht, lernt man den Vorzug oder Nachteil der eigenen Manipulationen und der Fixationsarten sehr gut kennen und lernt daraus für die Zukunft.

Ganz zweckmäßig macht man auch aus dem Gipsverband hinter dem Hüftgelenk einen kleinen Ausschnitt. Dann können die Röntgenstrahlen das Becken passieren, ohne durch Gips aufgehalten zu werden.

Wer Besorgnis hat, die Sicherheit des reponierten Kopfes könne leiden, und der Kopf könne nach hinten luxieren, kann sich so helfen, daß er die Röntgenlatte unter den Verband schiebt. Ich habe bei der besten Kontrolle, die ich mit meinem Verfahren ausführen kann, niemals einen Nachteil gesehen.

Wenn man das Holzstück genau über das Hüftgelenk gebracht hat, so kann man die Aufnahme auch mit einer Blende machen. Die Bilder werden dann so scharf, daß man die Knochenstruktur gut erkennen kann.

Man muß sich erst daran gewöhnen, auf den Röntgenplatten nur einen Ausschnitt des Beckens — die Hüftgelenksgegend — ausschließlich zu sehen. Anfänglich hat das mir und manchem anderen Schwierigkeiten gemacht. Hat man selbst erst Übung in dem Einpassen des Holzstückes an der richtigen Stelle genau vor dem Gelenk, und erzielt man durch richtige Aufnahmen gute Bilder, so orientiert man sich mit einem Blick über den anatomischen Befund.

Figur 1 zeigt eine gut gelungene Reposition; Figur 2 und 3 sind wiedergegeben, um zu beweisen, daß mein Verfahren ebensogut auch bei doppelseitiger Luxation angewandt werden kann. Die Köpfe stehen beiderseits recht tief. Figur 4 zeigt, daß die Reposition nicht gelungen ist. Die Pfanne ist leer.[1]

---

1) **G. Schmorl.** Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. 3. neu bearb. Aufl.

XI, 329 S. 8. Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1905. ℳ 8.75; geb. ℳ 10.—.

Das Lieblingsbuch Weigert's hat eine neue Auflage erlebt, in relativ kurzer Zeit die dritte, an sich schon ein Beweis, welch allgemeiner Beliebtheit sich das Buch erfreut, zugleich aber auch ein Zeichen, welch erfreuliche Fortschritte die histologische Technik in

dieser kurzen Zeit gemacht hat. Aus 155 Seiten der ersten Auflage sind nunmehr 329 geworden, der uns dargebotene Stoff ist demnach auf das Doppelte angewachsen. Gänzlich umgearbeitet sind, wie Verf. auch im Vorwort hervorhebt, die Kapitel über Entkalkung, Fett und fettige Degeneration, über den Nachweis der elastischen und kollagenen Fasern und über den Nachweis der Pigmente. Neu hinzugekommen ist — und das ist äußerst dankenswert — ein Abschnitt über mikroskopisches Zeichnen und über das Polarisationsverfahren, desgleichen ein Abschnitt über künstliche Verdauung.

Alle diese Neuerungen erscheinen uns als sehr willkommen. Vielleicht wäre auch eine kleine Abhandlung über die Darstellung der Parasiten bei Geschwülsten am Platze gewesen. Wenn auch die Akten darüber noch lange nicht geschlossen sind, so würde eine kurze zuzusammenfassende Übersicht der bisher verwandten Methoden der Vollständigkeit wegen vielleicht am Platze gewesen sein, zumal da sehr verstreut erschienene Einzelarbeiten eine Orientierung erschweren.

Der Hauptwert des Buches liegt nach wie vor darin, daß es nur wirklich erprobte Methoden enthält und so auch dem Anfänger das histologische Arbeiten wesentlich erleichtert.

Daß das Buch seine bisherigen Freunde behält ist wohl zweifellos, es ist aber wohl ebenso zweifellos, daß der Freundeskreis von Jahr zu Jahr ein stetig größerer werden wird.

Wir haben alle Veranlassung dem Verf. dankbar zu sein, daß er immer wieder neue Arbeit auf das Buch verwendet, um uns über den jeweiligen Stand der histologischen Technik informiert zu erhalten.

Silberberg (Breslau).

---

2) **Vincent.** Sur les propriétés pyogènes du bacille fusiforme.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 26.)

Die pyogenen Eigenschaften des Bacillus fusiformis (oder seiner Symbiose mit Spirillen) zeigen sich fast bei allen fötiden Eiterungen, welche sich in der Nähe des Magen-Darmtraktus bilden. Unter 11 Fällen von fötider eitriger Zahnperiostitis beruhte die Eiterung 7mal auf diesen Bakterien. Sie fanden sich auch zusammen mit Eiterkokken bei einer putriden Phlegmone der Regio submaxillaris, und bei fötidem Pyothorax. Bacillus fusiformis und Spirillen ohne jede Beimengung anderer Bakterien wurden ebenfalls bei subkutanen und periostitischen Abszessen gefunden.

Die klinischen und histologischen Variationen in der Wirkung genannter Bakterien scheinen durch den Grad ihrer Virulenz bedingt zu sein. Die Vereinigung mit anderen pathogenen Bakterien — wie Streptokokken, Staphylokokken, Kolibakterien — scheint die Virulenz und die nekrobiotischen Eigenschaften des Bacillus fusiformis zu steigern.

Mohr (Bielefeld).



3) **H. Pfeiffer.** Experimentelle Beiträge zur Ätiologie des Verbrennungstodes.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 367.)

Für den letalen Verlauf aller innerhalb der ersten Tage nach der Verbrennung erliegenden Fälle ist eine Intoxikatien mit einem als Abbauprodukt des durch die Hitze veränderten Eiweißmoleküls aufzufassenden Gifte verantwortlich zu machen. Für den nach Verbrennungen erfolgenden Spättod ist zwar nicht das Gift direkt zu beschuldigen, doch dürfte hierbei die primäre Gefäßschädigung und die Schwächung des Gesamtorganismus durch das Gift eine Rolle spielen, insofern als dadurch für hinzukommende Zwischenursachen — Infektion usw. — der Boden vorbereitet wird. Im übrigen muß auf das Original verwiesen werden, das sich für ein kurzes Referat nicht eignet.

Doering (Göttingen).

---

4) **Teissier.** Rhumatisme chronique et cancer.

(Soc. méd. des hôpitaux Lyon 1905. April 11.)

T. glaubt, daß unter den vielfach dunkeln Ursachen des chronischen Rheumatismus auch das Karzinom eine Rolle spielt. Hierfür spräche T.'s Beobachtung, daß in einzelnen durch mehrere Generationen hindurch verfolgten Familien die Abkömmlinge einer Linie sämtlich an Karzinom, die einer anderen Linie sämtlich an chronischem Rheumatismus erkrankten. In feuchten Ebenen, am Rande von Flüssen und Seen, wo der Krebs besonders häufig sein soll, findet man ebenfalls besonders oft chronische rheumatische Veränderungen an den großen Gelenken. Häufiger entwickeln sich auch, während ein bestehendes Karzinom still steht oder spontan zurückgeht, rheumatische Manifestationen, oder auch, ein chronischer Rheumatismus scheint zurückzugehen, während gleichzeitig ein Karzinom sich entwickelt. Es kann sogar ein förmliches Alternieren beider Erkrankungen auftreten, wie es T. z. B. beim Brustkrebs beobachtete. Schließlich können beide Krankheiten sich gleichzeitig entwickeln, besonders beim sog. atrophischen Karzinom der Brustdrüse mit sehr chronischem Verlauf. Der chronische Rheumatismus könnte also in gewissen Fällen eine Art von »parakarzinomatöser« Erkrankung sein.

Mohr (Bielefeld).

---

5) **H. Spude.** Die Ursache des Krebses und der Geschwülste im allgemeinen.

Mit 1 Fig. u. 2 Taf. 91 S. Lex.-8. Berlin, **Gose & Tetzlaff,** 1904. ℳ 20.—.

Verf. hatte Gelegenheit, im ersten Beginn ein Hautkarzinom an der Nase zu beobachten und histologisch zu untersuchen, eine Untersuchung, die durch Beobachtung eines Rezidivs in der Nähe der ursprünglichen Neubildung vervollständigt werden konnte. Die mikroskopische Untersuchung der exzidierten Stücke geschah sehr genau in Serienschritten.

Das Endergebnis, zu dem Verf. auf Grund seiner ausführlich beschriebenen Beobachtungen kommt, ist, daß es sich bei der Geschwulstbildung um die Wirkung eines irritativen, zugleich regressive Metamophosen bewirkenden Gefäßgiftes handelt.

Von besonderem Interesse sind die beschriebenen Gefäßveränderungen.

Die Arbeit enthält mancherlei interessante Einzelheiten, deren Wiedergabe im Rahmen eines Referates nicht möglich ist. Das eingehende Studium der Arbeit ist aufs wärmste zu empfehlen, zumal die darin aufgestellte Theorie viel für sich hat. **Silberberg** (Breslau).

---

6) **J. Sternberg.** Über Operationen bei gleichzeitig bestehenden Infektions- und Stoffwechselkrankheiten.

(Wiener med. Presse 1905. Nr. 25.)

Verf. gibt einen kurzen Überblick über die vielfachen Erschwerungen und Gefahren, die bestehen, wenn man Kranke operieren muß, die an akuten oder chronischen Infektionskrankheiten oder an Konstitutionsanomalien leiden. Vor einer ganz besonders schwierigen Entscheidung stehen wir aber, wenn wir Indikation und Prognose für eine Operation an einem Diabetiker stellen müssen. Nach Verf.s Ansicht darf auch hier jeder als notwendig erkannte operative Eingriff ausgeführt werden. Die Diät ist zu überwachen, eine spezielle Vorbereitungskur wünschenswert, aber nicht Bedingung. Der Zeitpunkt für die Operation muß ganz vom Befinden des Kranken abhängig gemacht werden.

Narkose, Operationsmethode, Wundbehandlung sind so einfach als möglich zu wählen. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

7) **E. Dupont.** Manuel pratique de radiologie médicale.

Mit 1 Abbildung. Brüssel, **H. Lamertin,** 1905.

D. hat in seinem Buche kurz die Anleitung zusammengestellt, wie er sie alljährlich den Ärzten der Garnison Brüssel in einem Röntgenkurse gibt. Nach leicht faßlicher Erklärung der elektrischen Grundbegriffe schildert er Material, Instrumentarium und Hilfsapparate, dann die Technik der Erzeugung der Strahlen, Röntgenoskopie, Röntgenographie, Stereoröntgenographie, die nötigen photographischen Handgriffe. Im speziellen Teile wird die Anwendung des Röntgenverfahrens zur Feststellung von Fremdkörpern, Knochenbrüchen, Verrenkungen usw., ebenso ihre Bedeutung in der inneren Medizin behandelt. Den Schluß bildet ein Überblick über die Wichtigkeit und Nützlichkeit der Röntgenologie in der Armee und eine Schilderung der speziellen Einrichtung des Röntgendienstes im belgischen Militärhospital. Ein Literaturverzeichnis ist beigefügt, außerdem ein gutes Bild einer Beckenfraktur. **Renner** (Dresden).

---

8) **E. Williams.** Principles governing the technic of Roentgen-ray therapy.

(Med. news 1905. May 13.)

Verf. stellt folgende Sätze auf:

Eine weiche Röhre liefert eine große Menge Energie, eine harte nur eine geringe, doch durchdringendere Strahlen. Unter Energie versteht Verf. die physiologische Wirkung der Strahlen. Diese ist proportional der Menge der Strahlen, nicht aber der Durchdringungsfähigkeit. Der therapeutisch wirksame Strahl ist nicht der penetrierende, sondern derjenige der weichen Röhre.

Die Wirkung auf die Zelle besteht zunächst in einer Steigerung ihrer Vitalität, welche bei Verstärkung einem Aufhören der Funktion Platz macht. Als Stimulans bedarf es einer geringen Dosis. Den besten Beweis dafür erblickt Verf. in der Beobachtung, daß die Psosiaris eines Pat. nach der Bestrahlung gerade auf der Seite zurückging, welche von der Röhre abgewendet war, daß also nur die Strahlen, welche infolge der Passage durch den Körper auf die stimulierende Fähigkeit eingestellt waren, die erkrankten Zellen in ihrer Vitalität zu heben imstande waren.

Um eine Tiefenwirkung zu erzielen, muß die Röhre von der Körperoberfläche entfernt und umgekehrt genähert werden.

Eine Idiosynkrasie erkennt Verfasser an, obwohl er meistens eine schlechte Technik dafür verantwortlich macht. Die einzelnen Körperabschnitte variieren mehr in dieser Beziehung, wie dieselben verschiedener Individuen. Eine einmal geschädigte Haut zeigt sich bei weiteren Bestrahlungen empfänglicher. Bakterizid wirkt nur eine lange Exposition.

Hofmann (Heidelberg).

---

9) **Dagron.** Massage des membres.

Mit 101 Abbild. im Text. 488 S. Paris, **G. Steinheil,** 1905. 12 fr.

Das lehrreiche Werk gibt ein Bild davon, wie hoch die auf wissenschaftlichen Grundsätzen aufgebaute Massage in Frankreich entwickelt ist. Verf. beklagt, daß speziell bei der Behandlung von Knochenbrüchen in anderen Ländern die Massage vielfach nur zur Nachbehandlung der durch die übliche langdauernde Fixation entstandenen sekundären Gelenkversteifungen und Muskelatrophien herangezogen wird. Er empfiehlt dagegen, Knochenbrüche, Verrenkungen und Verstauchungen von vornherein mit vorsichtiger Massage und Mobilisation zu behandeln, und zeigt sich damit als Schüler Lucas-Championnière's, der diese Methode zuerst in Frankreich eingeführt hat (Traitement des fractures par le massage et la mobilisation; 1895). Es ist selbstverständlich, daß dieses schwierige und verantwortungsvolle Verfahren die genaueste Kenntnis der anatomisch-physiologischen und pathologischen Verhältnisse verlangt. Verf. fordert daher, daß Massage überhaupt ausschließlich vom Arzt ausgeübt werde, und will sie nur bei alten Fällen ärztlich überwachten Gehilfen überlassen.

Nach Besprechung der physiologischen Grundlagen der Massage gibt er detaillierte Vorschriften über die allgemeine Technik: er verschmäht alle Apparate (Vibratoren usw.), nur die wohl zu pflegende Hand soll massieren; weiterhin verwirft er die in zahlreichen Variationen angegebenen Handgriffe (Klopfen, Kneifen usw.) und beschränkt sich auf das Drücken, das vom sanftesten Streichen langsam bis zu einem gewissen Kraftaufwande gesteigert werden kann. Nie soll der Kranke beim Massieren Schmerzen empfinden. Gerade in diesem behutsamen Vorgehen sieht er das Wesen seiner Methode und bezeichnet das schonende Massieren als »Masser à la française«. Mit derselben Vorsicht soll die mit der Massage zu verbindende passive und aktive Mobilisation gehandhabt werden.

Die sehr ausführlichen Kapitel des speziellen Teiles sind nach den einzelnen Gelenkabschnitten der oberen und unteren Extremität eingeteilt; jedesmal werden aus der Anatomie und Physiologie des betreffenden Gelenkes die besonderen Grundsätze für die Massage abgeleitet und dann die spezielle Massagebehandlung sowohl der traumatischen wie nicht traumatischen Erkrankungen dieses Teiles bis in alle Einzelheiten besprochen. In zwei die obere und untere Extremität je als Ganzes behandelnden Kapiteln werden auch die Nervenkrankheiten mit berücksichtigt. Das Schlußkapitel ist der Massage des ganzen Körpers gewidmet. Zahlreiche instruktive Abbildungen sind dem Werke beigegeben. **Kurzwelly** (Leipzig).

---

10) **Zabludowski.** Massage im Dienste der Kosmetik.

Mit 11 Abbildungen, 137 S. Lex.-8. *M* 1.—. Berlin, **August Hirschwald,** 1905.

Massage im Dienste der Kosmetik ist nicht mit Gesichtsmassage zu identifizieren. Jede Massage irgendeines Körperteiles, welche seine Ernährung günstig beeinflußt und ihm seine natürliche schöne Form wiedergibt, kann als kosmetische Massage aufgefaßt werden. Insofern ist auch in vielen Fällen keine Grenze zwischen den Aufgaben rationeller Kosmetik und denen individueller Hygiene zu ziehen. Wenn auch nichts dagegen einzuwenden, ja es sogar unvermeidlich ist, daß allgemeine Massage von geeigneten und gut geschulten Laien ausgeübt wird, so sind die sog. Schönheitsinstitute und ähnliche, welche mehr oder minder doch nur auf einen Absatz ihrer zu diesen Zwecken empfohlenen Salben, Pasten, Walzen, Apparate usw. rechnen, welche oft schädlich wirken, jedenfalls aber vollkommen entbehrlich sind, doch zu verwerfen. Ebenso ist die Selbstmassage mit Hilfe solcher Apparate zwecklos. Überhaupt ist die Behandlung mit besonderen Vorrichtungen, außer Vibrationsapparaten und Luftpumpe, schon theoretisch falsch, da durch sie ja nur die oberflächlichsten Hauptpartien beeinflußt werden. Die Massage durch eine geübte weiche Hand ist durch nichts zu ersetzen.

Unter Massage will Verf. einen Komplex von Handgriffen verstanden wissen, welche systematisch am menschlichen Körper zu Heil-,

hygienischen oder auch kosmetischen Zwecken angewendet werden. Diese Hangriffe gehen mit aktiven oder passiven Bewegungen, manchmal auch Maschinenübungen, Hand in Hand.

Eine kurze, spezielle Schilderung der kosmetischen Massage bildet, durch 11 Abbildungen veranschaulicht, den Schluß.

Renner (Dresden).

---

11) **H. Fischer.** Leitfaden der kriegschirurgischen Operations- und Verbandstechnik. (Bibliothek von Coler Bd. V.)

Zweite Aufl. Mit 55 Abbild. im Text. IX, 170 S. gr. 8. Berlin, **A. Hirschwald,** 1905. Geb. in Leinw. ℳ 4.—.

Diese zweite Auflage zeigt gegenüber der ersten große Umarbeitungen und Verbesserungen. Zunächst beginnt sie mit einer kurzen Einleitung über die Wirkung der modernen Projektile im allgemeinen und über die Sanitätseinrichtungen im Felde, die früher fehlte, und dann ist sie namentlich insofern durchaus günstig umgestaltet worden, als Verf. den Stoff nach den Etappen der Kriegssanitätsordnung, in welchen die kriegschirurgischen Arbeiten zu verrichten sind — Verbandplatz, Lazarett — angeordnet hat. Weiter treten jetzt die Regeln der Asepsis stärker hervor gegenüber denen der Antisepsis, sind die Erfahrungen der neuesten Kriege mit den Wirkungen der kleinkalibrigen schnellfliegenden Geschosse in den Text aufgenommen, ist so manche Beschreibung von Operationen genauer und ausführlicher gegeben, ist anderes ganz neu eingeschaltet worden. Trotzdem hat das Büchlein kaum einen größeren Umfang angenommen, da — abgesehen von einigen Fortlassungen — Petitdruck reichlich zur Verwendung gekommen. Diese zweite Auflage ist somit zweifellos eine vermehrte und verbesserte.

Richter (Breslau).

---

12) **K. Seydel.** Lehrbuch der Kriegschirurgie.

Zweite Auflage. Mit 271 Abbild. XII, 391 S. Lex.-8. Stuttgart, **F. Enke,** 1905. ℳ 10.—; geb. in Leinw. ℳ 11.20.

Innerhalb der letzten 12 Jahre, d. h. in der Zeit zwischen dem Erscheinen der ersten und zweiten Auflage dieses Lehrbuches, hat die Kriegschirurgie gewaltige Umänderungen erlitten, ebensowohl in den Fortschritten der Kriegswaffen als der verletzenden Momente, wie in der diagnostischen Leistungsfähigkeit der Ärzte (Röntgenologie) und endlich in deren therapeutischem Können. Diese Fortschritte alle sind vom Verf. mit großem Fleiß und Geschick bei der zweiten Bearbeitung seines Lehrbuchs benutzt, und damit ist das Werk zu jener Höhe erhoben worden, daß es einem Jeden, der einen genauen Einblick in alles, was zur Kriegschirurgie gehört, gewinnen und einen gewissenhaften Ratgeber für chirurgisch ärztliche Leistungen im Kriege besitzen will, auf das beste empfohlen werden kann. Er findet darin auch genaue Angaben über die Unterbringung Verwundeter auf dem Kriegsschauplatz und über deren Transport und sieht alles,

namentlich auch die Operationen, durch zahlreiche gute Abbildungen von genügender Größe erläutert. **Richter** (Breslau).

---

13) **Hildebrandt.** Die Verwundungen durch die modernen Kriegsfeuerwaffen, ihre Prognose und Therapie im Felde. I. Bd. Allgemeiner Teil. (Bibliothek von Coler, Bd. XXI.)

Mit 109 Abb. n. 2 Taf. X, 278 S. 8. Berlin, **A. Hirschwald,** 1905. Geb. *M* 8.—.

Diese allgemeine Chirurgie der Schußverletzungen im Kriege, der ein spezieller Teil später nachfolgen soll, ist ein individuelleres Buch als die vorstehend besprochenen, da Verf. persönlich sowohl am Burenkrieg wie an der Expedition nach China im Jahre 1901/2 als Arzt teilgenommen und somit die Wirkung der neuesten Geschosse am Lebenden hat studieren und mit Röntgenstrahlen fixieren, die Wunden aber nach den modernen Grundsätzen hat behandeln und ihren Verlauf beobachten können. Gleichzeitig hat er tiefe Einblicke getan in die Literatur der Schußverletzungen und kennt genau die Schießversuche, die namentlich in den letzten Jahrzehnten im In- und Ausland unternommen worden sind. Im großen und ganzen kümmert er sich indes bei seiner Darstellung weniger um die theoretischen Fragen der Geschoßwirkungen, sondern gibt Erfahrungstatsachen und praktische Regeln. Unter diesen fällt auf, daß der Autor anrät, auf dem Verbandplatz die Umgebung des Ein- wie Ausschusses, wenn es irgend angeht, vor Anlegung des Verbandes gründlich mit Wasser und Seife zu reinigen, während sonst im allgemeinen die Regel gilt, ebenda die Wundöffnungen, ohne sie mit den Fingern zu berühren einfach mit einem aseptischen oder antiseptischen Trockenverband zu versehen, den Versuch aber, die Umgebung aseptisch zu machen, zu unterlassen. Von der Befolgung des Langenbuch'schen Vorschlages, die Wunde primär durch die Naht zu verschließen, weiß er über schlimme Erfahrungen zu berichten. Wie andere Kriegschirurgen bestätigt auch er die Erfahrung aus den neuesten Kämpfen, daß primäre größere Blutungen aus Schußwunden seltener geworden sind, dafür traumatische Aneurysmen auffallend häufig zur Beobachtung kommen.

Als statistisches Vergleichsmaterial gegenüber dem der früheren Kriege benutzt Verf. den amerikanischen Sanitätsbericht aus den Jahren 1898/99 mit seinen Zahlen aus den Kämpfen zwischen den Vereinigten Staaten und Spanien, wobei die guten Resultate jene der älteren Feldzüge gewaltig übertreffen. Dabei dürfte indes mit zu beachten sein, daß die Zahl der verwundeten Amerikaner doch verhältnismäßig eine recht kleine war, so daß jedem Einzelnen raschere und sorgfältigere Pflege zuteil werden konnte, als nach den großen Schlachten des deutsch-französischen Krieges, was nicht ohne Einfluß auf den Wundverlauf bleiben konnte. — Die gut ausgewählten Abbildungen des Buches, auch der Röntgenaufnahmen, genügen mit einigen wenigen Ausnahmen.

Historisch möchte ich richtig stellen, daß Schießversuche gegen offene wassergefüllte Gefäße zum Studium der hydraulischen-hydrodynamischen — Kocher sagte hydrostatischen — Geschoßwirkung schon Jahrzehnte vor v. Coler und Schjerning von Busch und dann namentlich von Kocher angestellt sind.

Ref. wünscht, daß das gute Buch recht viel Leser finden möge.

Richter (Breslau).

---

14) **D. Taddei.** Le ferite prodotte dei moderni fucili da guerra.

320 S. Florenz, **B. Seeber,** 1905.

Das Werk teilt sich in zwei große Teile, von denen der erste, etwas breit angelegte Teil die Wirkung der Geschosse auf leblose Ziele darstellt, während der zweite Abschnitt die Wirkung der modernen Infanteriegeschosse auf die verschiedenen Gewebe und Organe des menschlichen Körpers enthält. Das Buch stellt eine fleißige Studie dar, welche unter eingehender Berücksichtigung der Literatur das Thema kritisch beleuchtet. Eigenes Beobachtungs- und Untersuchungsmaterial ist weniger verwertet. Am Schluß befindet sich ein 9 Seiten umfassendes Literaturverzeichnis.

A. Most (Breslau).

---

15) **Bernardo e Brezzi.** Lo sgombero degli ammalati e dei feriti in guerra.

Mit 27 Textfig. u. 2 Taf. 276 S. Rom 1905.

Diese preisgekrönte Schrift stellt eine fleißige und eingehende Studie über die Bergung der Kriegsverwundeten dar. Sie teilt sich in neun Abschnitte, in welchen die verschiedenen Arten der Verletzungen und ihre erste Versorgung für den Transport, sodann dieser selbst und die einzelnen Transportmittel zu Wasser, zu Lande und im Gebirge eingehend besprochen werden. Hervorzuheben sind die Vorschläge über die Erhöhung der Zahl und die Gruppierung des italienischen Sanitätspersonales und ihrer Verbandplätze und Lazarette im Falle des Gefechtes und die Instruktionen über den Umfang der Tätigkeit dieser letzteren.

A. Most (Breslau).

---

16) **Schieffer.** Beitrag zur Chokwirkung bei Schrotschüssen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 581.)

S. berichtet in seiner aus der Bier'schen Klinik in Bonn hervorgegangenen Arbeit über Schrotschußversuche auf Hunde, teils ohne Vorbereitung der Tiere, teils nach spinaler Anästhesierung derselben mittels lumbaler Kokain-Adrenalininjektion nach Bier. Es zeigte sich, daß bei gleich schweren Verletzungen die nicht anästhesierten Tiere im Feuer sofort zusammenbrachen, während die anästhesierten noch kurze Zeit am Leben blieben, auch wohl noch einige Schritte laufen konnten. Hieraus ergibt sich ein Beweis für die Leyden-

*

Gröning'sche Choktheorie. Durch die Rückenmarksanästhesie wurden die sensiblen Centra gelähmt, unerregbar, undurchgängig und dadurch die verderbliche Einwirkung traumatischer Reize auf lebenswichtige Centra — also der »Chok« — ausgeschlossen und die Reflexe unmöglich.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) **S. Smith.** The treatment of gunshot wounds by british surgeons during the war of the revolution 1775—1783.

(New York med. record 1904. Mars 5.)

Unter dem Titel »Chirurgical institutes, drawn from practice, on the knowledge and treatment of gunshot wounds. Illustrated with some singular cases and cures of gallant warriors« wurde nach dem englisch-amerikanischen Kriege von H. S. J. Neale, »Chirurgen in Ihrer Majestät 5. leichten Dragoner-Regiment« ein kriegschirurgisches Werk publiziert, welches von S. hier besprochen wird.

Das Buch bestand aus zwei Teilen, aus einer Abhandlung über die Natur der Schußwunden nebst allgemeinen Behandlungsgrundsätzen und ferner aus der Kasuistik mit Beziehung auf die verschiedenen Körperregionen.

Neale bestreitet die Theorie der »vergifteten Schüsse« und publizierte ausgezeichnete Heilresultate. Sein Verfahren ist aber im höchsten Grade konservativ. Als erster Grundsatz wird aufgestellt, die verletzten Teile nicht zu beunruhigen, die Verbände möglichst lange liegen zu lassen und für freien Abfluß zu sorgen. Die Wunden wurden auch nicht ausgestopft. Kurz, moderne Grundsätze, wenn auch aus anderen Überlegungen hervorgegangen.

Loewenhardt (Breslau).

---

18) **N. Wolkowitsch.** Einige Daten über den Mechanismus der Entstehung der Radiusfrakturen an typischer Stelle, Anatomie und Behandlung derselben.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

W. glaubt, daß in der Frage des Mechanismus der typischen Radiusfrakturen durch Destot und Gallois ein bedeutender Schritt vorwärts getan worden ist, insofern dieselben darauf hinweisen, daß die Lage der Handwurzel (im gegebenen Falle die extendierte und abduzierte Stellung) bei diesem Mechanismus eine prävalierende Bedeutung hat. Wahrscheinlich hängt auch die Art der Beschädigung mehr von der Art des Angriffspunktes der Gewalt ab als von der Gewalt selbst. Die Gewaltwirkung, die sich auf den hinteren Rand der Gelenkfläche des Radius konzentriert, zerbricht auch hauptsächlich diesen Teil, oder die Wirkung tritt wie gewöhnlich höher zutage, d. h. dort, wo gleichsam zwei entgegengesetzte Kräfte aufeinander treffen: die eine, die das untere Ende zur dorsalen Seite hinzieht und gleichzeitig eine Torsion von der radialen zur ulnaren Seite hin bewirkt,



die andere, die unter dem Einfluß der Pronatoren auf die oberen Teile des Radius in völlig entgegengesetzter Richtung wirkt. Bei jungen Leuten gibt hierbei die noch erhalten gebliebene Stelle des diaphyso-epiphysären Knorpels nach; bei älteren Leuten kann die Bruchebene bedeutend höher liegen. Durch das Abweichen des unteren Knochenendes zur Dorsalseite läßt sich auch das nach vollendetem Knochenbruch zur Beobachtung gelangende Hervortreten des unteren Bruchstückes nach dieser Seite hin erklären, ebenso wie die Drehung desselben in dieser Richtung, so daß das Bruchstück mit seiner Knorpeloberfläche mehr nach hinten gerichtet ist. Der Druck der Handwurzel kann aber auf das Gelenkende des Radius oder umgekehrt der Radius auf die Handwurzel nur dann seine Wirkung vollständig entfalten, wenn das Lig. laterale internum zerrissen ist, das durch seine Anspannung das Abweichen der hyperextendierten Hand zur Ulna hin hindert. Die Verhältnisse liegen hier ähnlich wie bei der Schädigung des inneren seitlichen Bandes des Fußgelenkes bei der Fractura supramalleolaris fibulae. Die Lage des unteren Radiusbruchstückes wird auch nach erfolgtem Trauma noch aufrecht erhalten durch Muskelwirkung auf der dorsalen Seite. Man kann sich diese Wirkung leicht vorstellen, wenn man die so innige Verbindung der Extensorensehnen mit dem unteren Ende des Radius in Betracht zieht, auf welches sich auch anstelle der Hand die Wirkung dieser Muskeln konzentriert, sobald die Verbindung dieses Knochens mit dem übrigen Knochen gestört wird. Wenn einige von diesen Muskeln, wie z. B. die Extensores radiales, außer ihrer extendierenden Wirkung auf die Hand dieselbe auch noch radialwärts wenden und dabei eher supinieren als pronieren, so werden sie auch eine gleiche Wirkung auf das abgetrennte untere Radiusende ausüben. Die stark begrenzte Beschränkung der Beweglichkeit in der Richtung der Supination erklärt Verf. im Gegensatze zu älteren Anschauungen durch eine Schwächung der Mm. supinatores, während die Pronatoren erhalten bleiben.

Die Grundprinzipien der Behandlung der Radiusfraktur haben darin zu bestehen, daß man die Bruchstücke in eine regelrechte Lage zueinander bringt und sie in dieser festhält, ohne dabei die Hand zur Untätigkeit zu verurteilen. Die Hand soll im Handgelenke möglichst flektiert und gleichzeitig nach der ulnaren Seite hin abduziert werden. Geschehen soll dies mit Hilfe von Touren einer weichen Marlybinde, die über Wattebäusche hinweggehen, von denen der eine an der dorsalen Ulnarseite unmittelbar über dem Handgelenk und der andere in der Vertiefung zwischen Unterarm und der zur Ulnarseite abduzierten Hand liegt. Eine absolute Ruhe in dieser Lage ist nur in den ersten Tagen erforderlich; später sind Bewegungen erlaubt. Bleibt Pat. in Behandlung, so nimmt W. die Binde ab und massiert den Arm. Doch legt er das Hauptgewicht nicht darauf, sondern auf ein regelrechtes Zusammenwachsen der Bruchstücke. Muß der Arm geschient werden, so läßt Verf. die Finger dadurch in Bewegung setzen, daß er das Kneten eines in der Hohlhand liegenden Gummiballes vorschreibt. Er

hält das für ebenso gut wie die Massage und fängt schon nach einigen Tagen nach Anlegung der Schiene damit an.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

19) **Ghillini.** Bruch der unteren Epiphyse des Radius bei Automobilmechanikern.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Verf. erklärt den in der Überschrift genannten Bruch dadurch, daß bei dem Stoß der Automobilkurbel die untere Radiusepiphyse, welche auf den Carpalknochen drückt, die vollständige Wirkung direkt, ohne elastischen Zwischenapparat, welche denselben zu schwächen mag, empfängt. Unter diesem Einfluß kann die untere Radiusepiphyse je nach Art und Richtung des Stoßes gebrochen werden, entweder durch Schnitt (reiner Bruch, mit oder ohne parallele Verschiebung des kleinen Fragmentes), oder durch Schnitt und Knickung (Bruch mit Verschiebung des kleinen Fragmentes, begleitet mit Rotation), oder durch Quetschung hauptsächlich infolge der speziellen pathologischen Bedingungen des Knochengewebes (komminutiver Bruch). Die Ursache, weshalb der Bruch an dem Radius und nicht am Cubitus stattfindet, muß darin gesucht werden, daß die Wirkung des Stoßes vom Radius auf den Ellbogen übertragen wird, und zwar mittels der Bänder, welche die Stoßwirkung abschwächen, indem sie die Verrichtung einer eingeführten Feder übernehmen. Diese Verletzung ist als eine Art professioneller Unfall zu betrachten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

20) **H. Kohl.** Über eine besondere Form der Infraktion: Die Faltung der Knochencorticalis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 383.)

K. berichtet über fünf Beobachtungen aus dem chirurgisch-poliklinischen Institut in Leipzig, jugendliche Pat. betreffend, welche nach einem Fall auf die vorgestreckte Handfläche eine umschriebene Druckempfindlichkeit ca. 3 cm oberhalb des Proc. styloideus radii nebst Schwellung daselbst, aber ohne die der typischen Radiusfraktur zukommende Deformität aufwiesen. Röntgen zeigte dabei regelmäßig eine an der bezeichneten Stelle quer über die Dorsalfläche des Radius ziehende buckelförmige Faltung. An den Seiten des Knochens erscheint letztere im Profil, einen kleinen dreieckigen Hügel bildend. (Vgl. die Röntgenkopien im Original.) Auf der Volarfläche des Radius findet sich kein Bruchspalt.

Diese Knochenrindenfaltung ist jedenfalls durch Biegung des Radius entstanden. Sitz derselben ist die (dorsale) Radiusfläche, welche konkav umgebogen zu denken ist. Gurlt hat experimentell ähnliche Knochenbiegungsinfraktionen bei kindlichen Vorderarmknochen erzeugt, wobei aber gleichzeitig an der konvex gebogenen Knochenfläche ein klaffender Riß entstand, ähnlich den Veränderungen, die eine eingekeilte frische Rute erfährt (»greenstick fracture«). Die in Leipzig

beobachteten Fälle kennzeichnen sich als Vorstufe zu solchen Infraktionen.

Eine ähnliche Beobachtung am Humerus zeigte das Röntgenbild eines 14jährigen Mädchens, welches, auf den Arm gefallen, Schmerzen in diesem klagte. Hier zeigt die Röntgenplatte (cf. Abbildung) in der Gegend des Collum chirurgicum eine um den Knochen laufende Leiste, offenbar auch durch Corticalisfaltung infolge von Knochenzusammenstauchung entstanden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

21) **Félizet.** Fractures de jambe à grand chevauchement. Appareil en deux temps.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 207.)

F. empfiehlt zur Behandlung von Unterschenkelbrüchen mit starker Dislokation und Reiten der Bruchstücke aufeinander folgendes Vorgehen: Zunächst fixiert er das gebrochene Bein nach nur ungefährer Ausgleichung der Dislokation im Gipsverband, um die Schmerzen und krampfhaften Muskelkontraktionen zu bekämpfen. Nach 4—5 Tagen bei Kindern, 8—10 Tagen bei Erwachsen sägt er die Gipshülse schräg in Höhe der Bruchstelle auf und läßt jetzt, während das obere Bruchstück durch einen Gehilfen oder auch nur durch die Schwere des Körpers bei Erhöhung des Fußendes des Bettes um 20 cm fixiert wird, am unteren Bruchstück einen kräftigen elastischen Zug durch einen 15—20 mm dicken Gummischlauch, der um den Gipsverband in Höhe des Fußgelenkes kreuzförmig geführt und in entsprechender Entfernung von der Fußsohle befestigt wird, einwirken. Binnen wenigen Minuten sieht man die Gipshülsen auseinanderweichen, das Bein sich strecken, die Bruchstücke beweglich werden, so daß man ihre Stellung leicht vollständig korrigieren kann. Um sicher zu sein, daß der Zug sich von der Haut genügend stark auf die Bruchstücke selbst fortpflanzt, muß man die Ränder der Gipshülsenhälften sich um 4—5 cm voneinander entfernen lassen, was gewöhnlich nicht mehr als 15—20 Minuten erfordern soll. Dann wird um die Gipshülsen in der korrigierten Stellung ein Gipsverband angelegt und der elastische Zug erst nach dessen Erhärtung entfernt.

Pierre Delbet bemerkt hierzu in der Diskussion, daß er, ohne das F.'sche Verfahren zu kennen, in ganz ähnlicher Weise vorgegangen sei. Röntgenphotographien, vor und nach Einwirkung der Extension angefertigt, hätten ihm aber gezeigt, daß, selbst wenn die beiden Gipshälften um 2—3 cm auseinander gewichen wären, die Stellung der Bruchstücken durch den Zug kaum eine Veränderung erfähren hätten. Das paradoxe Ergebnis erkläre sich dadurch, daß die Gipshülsen sich gegenüber dem Gliede verschöben. **Reichel** (Chemnitz).

---

22) **Dourthe.** Le pied blennorrhagique et la talalgie.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 27.)

Die Talalgie bei Gonorrhöe kombiniert sich gewöhnlich noch mit anderen Symptomen am Fuß, sowohl an den Bändern, Knochen als auch den Synoviales. Alle diese Symptome des »Pied blennorrhagique« beginnen gewöhnlich am Talus ganz schleichend gegen die 3. Woche nach Abnahme der akuten Erscheinungen der Gonorrhöe; im weiteren Verlaufe kommt es zu einer ausgebildeten gonorrhoischen Arthritis des Fußgelenkes, welche chronisch werden und sich über Monate und Jahre hinziehen kann. Die Erkrankung ist gegen jede Behandlung sehr rebellisch. Dem Verf. bewährte sich örtliche subkutane Einspritzungen einer 2%igen Lösung von salizylsaurem Natron in Vaselineöl, alle 2—3 Tage 1 ccm. Die Schmerzen schwanden hiernach allmählich mehr oder weniger vollkommen, und sämtliche Pat. konnten ihre Beschäftigung wieder aufnehmen. Die Behandlung kann ambulant durchgeführt werden.

Mohr (Bielefeld).

---

23) **Schultze** (Duisburg). Zur Behandlung des »rebellischen« Klumpfußes.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

Es unterliegt keinem Zweifel, daß es, namentlich im jüngsten Alter, bestimmte Formen von Klumpfüßen gibt, welche der Therapie einen fast unüberwindlichen Widerstand entgegensetzen. Für solche Fälle rebellischer Klumpfüße empfahl vor einigen Jahren Ogston eine Operationsmethode, die im wesentlichen in der Entkernung der Fußwurzelknochen besteht. Durch diese Operation erreichte er eine abnorme Beweglichkeit und somit die Möglichkeit, die Füße ohne Schwierigkeit in jede gewünschte Stellung zu bringen.

Da ein derartiger Eingriff aber niemals ganz gleichgültig ist (Wachstumstörungen nach Verletzung der Epiphyse usw.), empfiehlt Verf. eine unblutige Methode, die darin besteht, daß nach vorhergegangener Hebung der Adduktion durch den Lorenz'schen Osteoklasten oder manuell der Sinus tarsi durch einen eigenen Apparat auf das deutlichste entwickelt wird. Der Fuß wird dann in noch nicht korrigierter Spitzfußstellung in diesen Osteoklasten, der im wesentlichen aus zwei mit Scharnieren verbundenen Brettern besteht, gebracht und solange durch Ab- und Zuklappen, wippend oder drückend behandelt, bis die Spitzfußstellung gehoben und der Sinus tarsi modelliert ist. In dieser Stellung wird der Fuß eingegipst und zum Schluß eine Verlängerung der Achillessehne ausgeführt.

Für die Nachbehandlung des Klumpfußes bedient Verf. sich einer selbst konstruierten Schiene, die die vollendete Korrektur namentlich während der Nachtzeit erhalten soll.

Mehrere Abbildungen, die den Osteoklasten, die Schiene während der Nachbehandlung, die verschiedenen Akte des Modellierens und die

Korrektur von Klumpfüßen nach 1. resp. 2. Sitzung illustrieren, sind der Arbeit beigefügt. **Hartmann** (Kassel).

---

24) **Kirchner.** Die Ätiologie der indirekten Metatarsalfrakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Die Entstehung der indirekte Metatarsalfrakturen ist bisher noch nicht genügend geklärt. Behufs Feststellung der Ursache bedarf es einer genauen Nachforschung, wann und bei welcher Gelegenheit der Betroffene die ersten Schmerzen im Fuß verspürt hat. Die dabei in Betracht kommenden Traumen teilt Verf. in drei Gruppen: 1) Sprung, 2) Treten in eine Vertiefung, 3) Vertreten, auf einen Stein treten. An letztere Gruppe schließen sich die beim Gehen, Laufen, Hinablaufen, Exerzieren entstandenen Fälle an. Bei dem Sprung erfolgt der Bruch dadurch, daß, während der Fuß sich etwa in Mittelstellung befindet, das Fußgewölbe durch die Körperlast niedergedrückt, der Metatarsalknochen also an der Plantarseite eingeknickt, das Köpfchen nach aufwärts geknickt wird. Beim Treten in eine Vertiefung sind mehrere Möglichkeiten vorhanden. Der Fuß kann erstens beim Aufsetzen des Beines sofort in die Vertiefung gesetzt werden, oder die Ferse wird auf den Rand der Vertiefung aufgesetzt, und beim Drehen um die Ferse gleitet der Fuß in die Vertiefung hinein. Der erste Metatarsalknochen kann dabei, wenn er höher liegt als der zweite, die Belastung event. nicht in der gewöhnlichen Weise aufnehmen, sie drückt auf den zweiten Knochen, und dieser bricht. Zweitens kann die Sache so liegen, daß die Hacke nicht in die Vertiefung gesetzt wird, dagegen nach Beendigung der Drehung der Vorfuß in die Vertiefung gerät. Hierbei erfolgt der Bruch in der Regel an dem am meisten vorstehenden Metatarsalknochen über dem Rande der Vertiefung als Hypomochlion und sitzt dann häufiger am proximalen Ende des Knochens. Zur dritten Gruppe, welche mehr als die Hälfte aller Fälle umfaßt, gehören alle diejenigen, bei welchen der Fuß auf eine Bodenerhöhung auftritt. Auch die Fälle, bei denen Stolpern über einen Gegenstand als Ursache des Metatarsalbruches angegeben wird, gehören wohl in diese Kategorie. Trifft die Fußsohle beim Drehen um die Hacke auf einen niedrigen Stein, so wird das ordnungsgemäße Aufsetzen der ganzen Sohle gestört. Trifft z. B. die Gegend des 3. oder 2. Metatarsalknochens auf denselben, so wird das Aufsetzen der ganzen Fußsohle beträchtlich gehemmt. Während der äußere Fußrand auf dem Boden aufliegt, kann der innere nicht aufgesetzt werden; der Fuß lehnt mit dem inneren Fußrand schräg aufwärts gegen den Stein, die Körperlast kann nicht auf den 1. Metatarsalknochen übertragen werden, sie drückt auf den auf dem Stein aufliegenden 3. oder 2.; und wenn diese Lage des Fußes beim Vorrücken der Körperlast von hinten nach vorn andauert, so wird ein solcher Knochen, welcher der noch durch Belastung erhöhten Körperschwere nicht gewachsen ist, brechen.

Eine große Rolle spielt es dabei, wenn die Muskeln infolge von Anstrengung ermüdet sind, wenn sie sich weniger kräftig kontrahieren und dem Fuß nicht rechtzeitig über das Hindernis hinüberhelfen oder dem Druck der Körperlast nicht entgegenwirken können. Ein Bruch des 3. oder 2. Metatarsalknochens kann um so leichter erfolgen, da diese sehr fest mit dem zugehörigen Keilbein verbunden sind. Durch den Umstand, daß Muskelermüdung einen wesentlichen Faktor in der Ätiologie dieser Knochenbrüche darstellt, erklärt sich ihre größere Häufigkeit gerade bei Soldaten gegenüber der bürgerlichen Bevölkerung. Der Beschaffenheit der Stiefel kann Verf. dabei keine Bedeutung zuzumessen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

25) **Moritz.** Ein Spirochätenbefund bei schwerer Anämie und karzinomatöser Lymphangitis.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

Bei dem großen Aufsehen, welches die Entdeckung der Spirochaeta pallida als vermutlichen Erregers der Syphilis macht, ist M.'s Befund nicht ohne Interesse.

Ein 29jähriger Bierbrauer, angeblich nie venerisch gewesen, erkrankte an einer rätselhaften Infektionskrankheit und ging nach $3^1/_2$ Wochen daran zugrunde. Die Sektion ergab schwere Anämie mit lymphoider Knochenmarksdegeneration, Magen- und Darmgeschwüre, fibrinöse Pleuritis und lobulärpneumonische Herde. Die Lungen durchsetzt von grauglasigen miliaren Knötchen, die mikroskopisch aus epithelioiden Zellen mit zentralem Zerfalle bestehen und innerhalb der Lymphbahnen gelegen sind. Im Lebergewebe Degenerationsherde mit Zellenatrophie und eigentümlicher chromatinreicher Kerndegeneration. Viel Pigment in Leber und Milz. Im Knochenmark des Femur eine große Anzahl Spirochaeten; dieselben in geringer Menge auch in der Muscularis des Dünndarmes. Sie färben sich nur gut mit Thionin. Von den Recurrenserregern unterscheiden sie sich durch ihren plumperen Bau und die stumpfen Enden, von den bei Lues beobachteten durch ihre geringere Größe und gleichfalls die derbere Gestalt. Die verschiedenen Organveränderungen sind kaum durch eine der bekannten Infektionskrankheiten einheitlich zu erklären; möglicherweise haben die verschiedenen Krankheitsprozesse eine Beziehung zum Spirochätenbefunde. **Haeckel** (Stettin).

26) **Kieseritzky** und **Bornhaupt.** Über einige unter dem Bilde der Aktinomykose verlaufende Affektionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Die unter dem klinischen Bilde der Aktinomykose verlaufenden Fälle stellen keine ätiologisch einheitliche Erkrankung dar, sondern werden durch verschiedene Mikroorganismen hervorgerufen. Bei den Untersuchungen der Verff. fanden sich solche, welche bisher noch nicht bekannt sind, neben anderen, die bereits isoliert worden sind. So ließ sich in einem Falle der Aktinomyces bovis et hominis züchten, in einem anderen wurde ein Mikrobion isoliert, welches sich wie die Cladothrix liquefaciens von Hesse verhielt; ferner wurden von einigen Kranken Pilze gezüchtet, welche im Gewebe die Strahlenform aufwiesen, im mikroskopischen Bilde der Kulturen aber Schizomyzeten ähnlich waren. In zwei anderen Fällen wurden einander sehr ähnliche Pilze gewonnen. Beidemal bestanden sie aus Kurzstäbchen, Ketten solcher Stäbchen, Fäden und kokkoiden Formen. Während es sich aber bei dem einen Kranken um einen Pilz handelte, der schwer züchtbar und pathogen

erschien, war das isolierte Mikrobion des anderen Falles leicht auf Nährböden übertragbar, aber nicht für Tiere pathogen. Ähnliche Pilze fanden sich bisher nicht beschrieben. Klinisch ist zu bemerken, daß trotz des verschiedenen bakteriologischen Befundes die Anfangsstadien und das Krankheitsbild in allen Fällen sich wenig voneinander unterschieden. Es war ihnen allen der chronische Verlauf eigen, der schließlich zu einer entzündlichen Geschwulst sich entwickelte. Ein Unterschied besteht darin, wie der Organismus in den Körper eindringt und sich in demselben entwickelt. Für den Aktinomyces dienen Mundschleimhaut, Speiseröhre, Darmkanal und Luftwege als Eingangspforten, und je nach der Eingangspforte lokalisiert sich der Prozeß. Die Art, wie die verschiedenen anderen Mikroorganismen in den Körper eindrangen, ist noch nicht festgestellt, obschon ein analoges Eindringen wie beim Strahlenpilze möglich ist. Außerdem ist zu den Unterscheidungsmerkmalen gegenüber der echten Aktinomykose zu rechnen der Geruch des Eiters, der mildere, gutartige Verlauf bei einer Reihe von Fällen und andererseits auch wieder das rapide Fortschreiten bei anderen, ferner die Möglichkeit eines primären Auftretens der Krankheit im Knochengewebe und der Einfluß auf das Allgemeinbefinden. Für die verschiedenen Arten der von den Verff. gefundenen Organismen ist dieses Verhalten ein verschiedenes. Die Therapie hat auf eine möglichst radikale Beseitigung alles Erkrankten zu sehen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

27) **R. Borrmann.** Statistik und Kasuistik über 290 histologisch untersuchte Hautkarzinome.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 404.)

Das sehr wertvolle Material, auf dem diese bedeutsame und zahlreiche neu konstatierte Tatsachen beibringende, von hervorragendem Fleiß und Sachverständnis zeugende, 135 Seiten einnehmende Arbeit basiert, hat B. im Laufe von 3 Jahren durch Zusendung frisch exstirpierter Karzinome von ca. 60 Chirurgen zusammengebracht. Nachdem er über die rein pathologisch-biologischen Resultate der an den Präparaten angestellten Studien bereits in der Zeitschrift für Krebsforschung eingehend berichtet (Referat in unserem Blatte 1904 p. 1202), liefert er hier eine gründliche statistische Durcharbeitung des Materiales nach allen klinisch-praktischen Gesichtspunkten, wobei die früheren Statistiken zum Vergleich herangezogen werden und sich teils analoge, teils abweichende Resultate ergeben haben. Von letzteren sei im allgemeinen vorweggenommen, daß die operativen Resultate bei der Hautkarzinombehandlung in der Neuzeit erheblich besser gegen früher geworden sind. Das Publikum läßt sich gegenwärtig das Hautkarzinom viel früher operieren als ehedem. Infolgedessen gelangen beginnende Karzinome häufig zur Operation, z. T. von sehr geringer Größenausdehnung, und erfreulich häufig ist dementsprechend die Zahl der im Gesunden ausgeführten Operationen und diejenige der rezidivfrei bleibenden Radikalheilungen. Es ist unmöglich, den ganzen reichen Inhalt von B.'s Studien in ein Referat zusammenzudrängen, und muß Hervorhebung einiger wichtigster Facta hier genügen. B. teilt die Hautkarzinome, zu denen er auch die Pflasterzellenkrebse der Mundhöhle und der Genitalien nimmt, ein in verhornende und nicht verhornende (Ulcus rodens). Die nicht verhornenden, von ihm auch Coriumkarzinome benannt, entstehen nach ihm aus subepidermalen Zellhaufen, die im Fötalleben abgesprengt waren. Sie zeigen spindelige dichtgelagerte Zellen und bilden etwas mehr wie ein Drittel des Materiales gegenüber dem gewöhnlichen Plattenepitheliom.

Von den bearbeiteten 253 Hautkarzinomen saßen 235 = 93% im Gesicht, und war unter diesen Fällen, was mit den Statistiken anderer Autoren übereinstimmt, am häufigsten die Unterlippe, mit 42 Fällen, 38 ♂, 4 ♀, am seltensten das Knie mit 1 Fall ♀ befallen. Dem Geschlechte nach kommen von den Gesichtskrebsen 131 auf Männer (55,7%), 104 auf Frauen (44,3%), so daß erstere nur um $^1/_4$ prävalieren, ein ganz auffallender Befund — denn in den früheren großen Statistiken war die Überzahl der Männer 3mal größer gegenüber den Frauen. Das höchste

Durchschnittsalter liegt beim Unterlippenkrebs mit 65, das niedrigste beim Ohrkarzinom mit 56,2 Jahren; für sämtliche 235 Gesichtskrebse ergibt sich ein Durchschnittsalter von 61,4 Jahren. Die Zeitdauer des Bestehens des Krebsleidens beim Zeitpunkt der Operation ist in R.'s Statistik bemerkenswert geringer als in den früheren; denn 56,4% aller Kranken kamen bereits im ersten Jahre des Krankheitsbestehens in die Hände des Operateurs. Besonders die Pat. mit Unterlippenkrebs und solche, wo der Krebs durch seinen Sitz besonders auffällt (an Wange und Nase) stellten sich frühzeitig zur Behandlung. Dem frühzeitigen Eintritt der Kranken in die Behandlung entspricht die durchgängig verhältnismäßig geringe und ebenfalls in früheren Statistiken noch nicht konstatierbar gewesene geringe Größe der Karzinome. Ziemlich genau die Hälfte der Fälle (115) waren nur 1 cm groß und noch kleiner, die andere Hälfte über 1 cm groß, Geschwülste von 4 oder gar 5 cm Durchmesser dagegen nur sehr gering an Zahl vertreten. Die kleinsten untersuchten Karzinome besaßen nur Maße von 1 : 1 mm! Recht interessant und neue Tatsachen lehrend sind auch die Befunde über multiples Vorkommen der Krebse. B. unterscheidet dabei zwischen lokaler und getrennter Multiplizität, bei deren ersterer 2 oder mehrere Krankheitsherde unweit voneinander stehen, während bei der zweiten ganz verschiedene Hautbezirke von dem Leiden okkupiert werden. Im ganzen wurden im Gesicht bei 235 Fällen 51 multiple Erkrankungen (21,7%) gefunden, und zwar 21 lokaler, 18 getrennter Multiplizität. Die lokale Multiplizität führt B. darauf zurück, daß »die embryonalen Zelldystopien«, in denen er die Ursache der Geschwulstbildung sieht, meist dicht zusammenliegen. Weiteres Wachstum der benachbarten Krebsherdchen führt natürlich zur Konfluenz wonach ein ursprünglich multiples Karzinom zu einem singulären wird; doch bleibt die Tatsache der erst vorhandenen Multiplizität sicher. Von den Fällen getrennter Multiplizität ist der einer gleichzeitig an 6 Stellen (rechter Nasenseite, rechtem Ohr, Nasenrücken, rechter Wange, rechter Schläfe, rechtem Ohr) gewachsenen Geschwulst der erstaunlichste; es folgen 4 Fälle von je 3 und 19 Fälle von je 2 Gesichtskarzinomen. Auch Fälle von multipler, aber nicht gleichzeitiger Krebsbildung (metachrone Multiplizität im Gegensatz zu synchroner) sind zu berücksichtigen (18 Fälle).

Bezüglich der Operationsresultate wird die genaue Untersuchung der Exstirpationspräparate darauf hin, ob sicher im gesunden geschnitten war, mit der Frequenz der eingetretenen Radikalheilungen bezw. Rezidiverkrankungen verglichen, wodurch ein exaktes, in dieser Weise früher auch nicht ermöglichtes Resultat gewonnen war. Es fanden sich unter 136 hier verwertbaren Fällen von Gesichtskrebs 111 = 81,6%, die im gesunden exstirpiert waren, und 105, die rezidivfrei blieben (77,2%). Am häufigsten wurde im Gesunden operirt beim Karzinom der Oberlippe, am seltensten beim Stirnkarzinom. — Betreffs der die nicht im Gesichte sitzenden Karzinome angehenden Zählungen sei auf das Original verwiesen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **Glimm.** Ungewöhnliche Form der Verhornung bei einem Hautkarzinom.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Verf. beschreibt eine Achselhöhlengeschwulst, die vom Hautepithel ausging. Die Färbemethoden und die Reaktionen auf Verhornung fielen positiv aus. Interessant war die Größe der Zellkomplexe, die fast den Umfang einer Erbse erreichten. Ferner war auffällig und ungewöhnlich, daß die verhornten Zellen einander sehr ähnlich sahen, und daß neben der konzentrischen Anordnung um eine Hornperle sich die Zellen einfach aneinander legten, stellenweise sich zu großen Gebilden vereinigten, dann auch in feineren Bändern, stets ohne Abkapselung, die Geschwulst durchzogen. Diese Art der Verhornung ist der beim Atherom etwas ähnlich. Analoge Beschreibungen konnte G. in der Literatur nicht finden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).



29) **H. Doering.** Beitrag zur Lehre von der idiopathischen Osteopsathyrosis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 284.)

D. beschreibt einen in der Göttinger Klinik beobachteten Fall der seltenen, bislang erst 78mal beschriebenen Krankheit. Ein bis zu seinem 4. Lebensjahre gesunder, hereditär nicht belasteter Junge erleidet durch einen leichten Fall einen Bruch des linken Oberschenkels, der ohne Folgen in der gewöhnlichen Zeit ausheilt. In unbestimmten Intervallen kommen dann im Laufe der nächsten Jahre, jedesmal durch unbedeutende Gewalteinwirkungen — leichter Stoß — rasche Bewegung — Schleudern eines Steines — schnelles Umdrehen im Bett — verursacht, neue Frakturen zustande. Sie erreichen bis zum 15. Lebensjahre die Zahl 22 und verteilen sich folgendermaßen: obere Extremität 4, untere 16, Rippen 2. Verschont bleibt kein langer Röhrenknochen, mit Ausnahme des rechten Oberarmes; am häufigsten befallen werden die Oberschenkel, dann folgen die Unterschenkel, und an dritter Stelle stehen die Knochen der oberen Extremität. Die Brüche heilen in der gewöhnlichen Zeit, bedingen aber, da nur bei wenigen sachkundige Hilfe zur Hand war, sehr erhebliche Verunstaltungen des Skeletts. Die Schmerzhaftigkeit der einzelnen Frakturen ist ziemlich gering; eine Biegsamkeit der Knochen läßt sich nicht mehr konstatieren. Schädel, Wirbelsäule, Becken, Schulterblätter sowie Schlüsselbeine, die kleinen Hand- und Fußknochen bleiben unversehrt. Ein Photogramm des nackten Pat. in völliger Figur, die Röntgenbilder seiner Extremitätenknochen mit Ausnahme der Humeri und die genauen Maßaufnahmen seiner Röhrenknochen geben die interessanten Details des Falles. Was an den Röntgenbildern am auffälligsten ist und was zu den typischsten Eigenheiten der Erkrankung gehört, ist die außerordentliche Atrophie der Diaphysen der Röhrenknochen, während deren Epiphysen von normaler Gestalt, Größe und Bildung sind, ebenso wie die Struktur und Funktion der Gelenke. Die meisten Diaphysen des Pat. besitzen nur $^1/_3$ der normalen Dicke, die Fibulae sogar noch weit weniger. Das Becken zeigt im Röntgenbild, ähnlich wie bei Osteomalakie, eine deutliche Schnabelform, erscheint unverkennbar beiderseits einwärts zusammengedrückt, so daß bei ihm sicher auf eine früher bestehende abnorme Biegbarkeit zu schließen ist.

Auch zur Histologie des Leidens bringt D.'s Fall einen Beitrag, da Pat. zur Besserstellung seines stark verkrümmten Unterschenkels einer Osteotomie der Tibia unterzogen und das hierbei gewonnene Präparat mikroskopisch untersucht wurde. Die Heilung dieser Osteotomie verzögerte sich übrigens nicht unerheblich; denn die feste knöcherne Konsolidation kam erst nach ca. 5 Monaten zustande. Schuchardt war der Ansicht, daß die geringe Dickenausbildung der Knochen durch eine Funktionsversagung seitens des Periosts bezüglich der durch das Periost zu leistenden Knochenapposition zu erklären sei. Die Befunde D.'s sprechen insofern gegen diese Annahme, als das Periost einen guten Kernreichtum, ja eine direkte Kernvermehrung aufwies. Auffallend waren dagegen im Knochenmarke, daß sich inmitten der großen, vielgestaltigen Markräume, die durchweg sehr zahlreich waren, vielfach schollige Gebilde fanden, welche größtenteils homogen, teilweise auch feinkörnig gezeichnet waren und sich mit Eosin rot, nach van Gieson gelb färbten. Diese Schollen gehen z. T. direkt in normale Knochenbälkchen über; an den ihnen benachbarten Markteilen sitzen zahlreiche Riesenzellen (Osteoklasten). D. faßt diese Schollen als nekrotische Knochenpartien auf und glaubt ihre Entstehung als Folge der Einwirkung von Traumen (Dehnung, Kompression) erklären zu können. Was das biologische Verhalten des Periosts betrifft, meint D., daß an dessen Produktionsfähigkeit nicht zu zweifeln sei, dagegen mag es eine die Norm überschreitende Resorptionskraft besitzen, die ihrerseits, wie auch Rebbeling behauptet hat, die Dysplasie bezw. Atrophie der Corticalis bei den Röhrenknochen zur Folge hat. — Der Arbeit ist ein 19 Nummern zählendes Literaturverzeichnis angehängt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

30) **H. M. Joseph.** Chondrodystrophia foetalis or achondroplasia.

(Lancet 1905. July 22.)

Verf. betont die Unterschiede dieser Krankheit von Rachitis und Kretinismus und gibt genaue Maße eines Falles an, die zeigen, daß bei der seltenen Affektion die Hände- (Länge) und die Brustmaße viel unter dem Durchschnitte, die Gesichtsmaße ein wenig unter dem Durchschnitte sind, dagegen die obere Schädelpartie, der Bauch, die Hände und Finger in ihrer Breite über die mittleren Maße hinausgehen. Der Fall Verf.s betraf ein kräftiges, sonst gesundes Mädchen von 3 Jahren und 11 Monaten, dessen geistige Eigenschaften ebenfalls zurückgeblieben waren. Eine Abbildung zeigt das Kind in seinem höchst eigentümlichen Aussehen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

31) **K. Frank.** Beitrag zur traumatischen Muskelverknöcherung.

(v. Langenbeck's Archiv Ld. LXXVI. Hft. 4.)

Verf. beschreibt die Krankengeschichten von zwei Pat., die durch einen Hufschlag resp. durch eine Luxatio antebrachii Knochengeschwülste am Oberschenkel bezw. in der Ellbeuge bekamen, bei denen es sich also um eine echte Myositis traumatica ossificans handelte. F. glaubt, daß bei seinen Fällen sowohl das Periost wie das Muskelbindegewebe an der Bildung des Knochengewebes beteiligt sind. Im ersten Falle war nach dem Operationsbefunde das Periost selbst auf eine größere Strecke geschädigt. Es ging also von hier der Ossifikationsprozeß hauptsächlich aus. Aber auch der mäßige Reiz, der durch das Hämatom und die tiefgreifende Muskelzerstörung gesetzt war, machte sich geltend, führte zu einer entzündlichen Wucherung des Bindegewebes, das sich dann an der Verknöcherung beteiligte.

Bei dem zweiten Falle waren zwei Knochenstücke vorhanden. Das obere war als ein primär im M. brachialis int. entstandenes Osteom anzusehen. Dasselbe stand in gar keiner Verbindung mit dem Knochen und hatte einen großen Teil des Muskels völlig ersetzt. Bei dem unteren dagegen dürfte es sich, besonders nach Prüfung des Röntgenbildes, um eine periostale Ossifikation handeln, an der möglicherweise auch das Bindegewebe der Brachialissehne teilnahm. Von histologischen Befunden erwartet Verf. keine weitere besondere Klärung für die vorliegende Frage mehr, er bespricht noch die verschiedenen Theorien zur Frage der Pathogenese des Leidens, erörtert das Problem kurz, ob Geschwulst oder Entzündung vorliege und kommt zuletzt auf die Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Behandlung zu sprechen. Auch er ist der Ansicht, daß man gut tun wird, in frischen Fällen anfangs konservativ mit Massage, Heißluftbädern, Resorbentien zu verfahren, um eine Resorption einzuleiten. Andererseits aber empfiehlt er natürlich, schwere funktionelle Störungen durch Entfernung der neugebildeten Knochenmasse auf operativem Wege zu beseitigen. Sehr radikale Verfahren, welche man zur Vermeidung von Rezidiven angegeben hat, und welche zur Wegnahme des ganzen betroffenen Muskels führen, empfiehlt F. nicht. Die einfache Beseitigung der Verknöcherung genügt in den meisten Fällen vollkommen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

32) **Michels and P. Weber.** Obliterative arteritis, leading to gangrene of extremities in otherwise apparently healthy men in the prime of life.

(Brit. med. journ. 1905. April 8.)

Verff. — Chirurg und Interner am Deutschen Hospital in London — berichten über den klinischen und mikroskopischen Befund eines Falles von obliterierender Endarteriitis an der unteren Extremität bei einem 39jährigen, sonst völlig gesunden, jüdischen Zigarettenarbeiter, dem bereits 15 Jahre vorher die rechte untere Extremität wegen des gleichen Leidens amputiert worden war. Es ist dies der dritte Fall mit demselben Symptomenkomplex, den Verff. in kurzer Zeit beobachten konnten. Stets handelte es sich um arme Juden männlichen Geschlechts

aus dem »East-End« Londons zwischen 30 und 40 Jahren, die in elenden Verhältnissen lebten und einen mäßigen Mißbrauch in Tee und Zigaretten trieben. Nach Ausschluß von Lues, Alkoholismus, frühzeitiger Senilität, Ergotismus usw. nehmen Verff. als mögliche Ursache des Leidens an, daß Rasseeigentümlichkeiten und soziale Gewohnheiten in Nahrung und Lebensweise eine Prädisposition schaffen.

Zum Schluß nehmen sie Bezug auf eine Diskussion in der Berliner med. Gesellschaft vom 9. November 1904, wo Israel auf ähnliche Fälle von »idiopothischer« Gangrän bei russischen Juden aufmerksam machte. **W. Weber** (Dresden).

33) **Jordan.** Guter Erfolg durch Antistreptokokkenserum bei einem schweren Erysipel.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

Bei einem über 2 Wochen anhaltenden, mit andauernd sehr hohen Temperaturen einhergehenden, schweren Falle von Wandererysipel injizierte J. innerhalb von 7 Tagen viermal je 10 ccm Aronsohn'sches Antistreptokokkenserum subkutan. Nach der vierten Injektion war das Erysipel verschwunden. Die Rekonvaleszenz wurde gestört durch hämorrhagische Nephritis, die wohl dem Erysipel, und durch schmerzhafte, aber schnell vorübergehende Schwellungen des rechten Knies und fast sämtlicher Phalangealgelenke, die wohl dem Serum zuzuschieben sein dürften. J. hat den Eindruck, daß das Serum in diesem Falle von günstiger Wirkung auf das Erysipel gewesen sei. **Haeckel** (Stettin).

34) **Hoffmann.** Die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Verf. hat sechs leukämische Kranke mit Röntgenstrahlen behandelt; darunter sind drei von besonderem Interesse, weil sie die Wirkung der Strahlen in den einzelnen Stadien der Erkrankung zu klären imstande sind. Der am wenigsten fortgeschrittene Fall zeigte das beste Resultat, »so daß schon nach 4 Monaten der Blutbefund nicht mehr als leukämisch bezeichnet werden konnte«. Der mäßig fortgeschrittene Fall (noch in Behandlung) zeigte ebenfalls nach ganz kurzer Zeit eine bedeutende Verbesserung der Blutbilder. Der am weitesten vorgeschrittene bot nur geringe Besserung des Blutbefundes; dagegen war auch hier, wie in den anderen Fällen, das Allgemeinbefinden wesentlich gebessert (Hebung der Kräfte, Nachlaß des Fiebers usw.).

Schädliche Nebenwirkungen werden nur von seiten der Haut beobachtet. Ob eine wirkliche Ausheilung des Krankheitsprozesses vor sich geht, kann heute noch nicht gesagt werden.

Zum Schluß fordert Verf. auf, sämtliche Forschungen auf diesem Gebiete unter genauer Angabe der Technik und des Blutbefundes an eine Zentrale (zunächst an die Redaktion der Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen) zu senden.

Gaugele (Zwickau).

35) **Krause.** Zur Röntgenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Nachdem Verf. schon in Heft 3 dieses Bandes der Fortschritte einen zusammenfassenden Bericht über den heutigen Stand der Röntgentherapie bei Bluterkrankungen veröffentlicht hat, will er heute an der Hand der in der Breslauer medizinischen Klinik beobachteten Fälle eine möglichst objektive Schilderung der Erfolge speziell bei Leukämie und Pseudoleukämie geben.

Bezüglich der Technik bemerkt Verf. im ersten Teile seiner Arbeit, daß er stets mit Müller-Röhren (hauptsächlich Wasserkühlröhren) arbeitet. Er benutzt ausschließlich härtere Röhren (meist Grad 6—8 der Walter'schen Härteskala), um schädigende Wirkungen auf die Haut mit größerer Sicherheit zu vermeiden. Verf. verfügt über einen Induktor von 60 cm Funkenlänge, einen Wehnelt'schen Unter-

brecher und Walter-Schaltung. Die Entfernung vom Körper, dessen nicht zu bestrahlende Partien mit Schutzplatten aus Blei bedeckt sind, beträgt 35—40 cm. Die Bestrahlung war anfänglich von 10—15 Minuten Dauer täglich, später bis zu 30 Minuten. Zuerst wurde die Milz der Bestrahlung ausgesetzt, dann nach 5 Tagen abwechselnd die langen Röhrenknochen und das Brustbein. Über 1000 Minuten wurde die Behandlung nicht ohne größere Pause fortgesetzt.

Dem technischen Teile folgt die genaue Angabe der Krankengeschichten von sechs chronisch myelogenen und zwei lymphatischen Leukämikern.

Im Schlußkapitel faßt K. die Wirkungen der Röntgenstrahlen auf die Leukämie auf Grund seiner Resultate dahin zusammen:

1) Die Wirkung auf das Blut betrifft in erster Linie die Leukocyten, welche beinahe in allen Fällen nahezu bis zur normalen Verhältniszahl zurückkehrten, die Myelocyten in stärkerem Maße als die Lymphocyten. Auch die Zahl der Erythrocyten stieg an, in einem Falle bis zur »Polycythämie«. Entsprechend wuchs der Hämoglobingehalt und das spezifische Gewicht.

2) Am bemerkenswertesten ist die Verkleinerung selbst riesiger Milztumoren. Die Einwirkung ist eine sehr langsame.

3) Hand in Hand damit gehen eine stetige Gewichtszunahme, Änderungen im Stoffwechsel (auffallend große Ausscheidung von Harnsäure und Purinbasen).

4) Der Einfluß auf das Allgemeinbefinden ist meist ein äußerst günstiger: Kopfschmerzen, Unlust usw. verschwanden mehrfach vollkommen.

5) Von schädigenden Wirkungen sah Verf. außer einer sehr häufig eintretenden Pigmentation 2mal schnell vorübergehendes Erythem, 1mal eine leichte Exkoriation, dagegen keine Hautulcera.

Zusammenfassend bemerkt Verf. am Schluß, »daß die Röntgenstrahlen auf die Zusammensetzung des Blutes, auf Milz- und Drüsenschwellungen, auf das Körpergewicht und den Stoffwechsel von Leukämiekranken eine intensive Wirkung haben, welche wir berechtigt sind als Heilungsvorgänge zu deuten«. Von einer vollen Heilung kann man bis jetzt nicht sprechen. **Gaugele** (Zwickau).

36) **R. Boggs.** Treatment of non-malignant diseases by the Roentgen-ray.

(Med. news 1905. May 6.)

Verf. bespricht die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Akne, Lupus, Hodgkin-sche Krankheit, tuberkulöse Lymphome und Kröpfe. Hartnäckige Akne wurde mit Erfolg nur bis zur Verbrennung bestrahlt. Bei Lupus kombiniert Verf. die Röntgenbestrahlung mit der Finsenbehandlung, indem er mit der ersteren beginnt. Die Wirkung der Röntgenstrahlen trat schneller zutage wie die des Bogenlichtes.

Unter sechs Kröpfen gingen drei vollständig zurück, während drei nur auf eine leichte Vergrößerung reduziert werden konnten, bei denen aber die Beschwerden verschwanden.

Tuberkulöse wie bösartige Lymphome konnten gleichfalls verkleinert werden.

Eine Idiosynkrasie für die Röntgendermatitis verantwortlich zu machen, hält Verf. für falsch und schreibt diese Erkrankung lediglich einer mangelhaften Technik zu. **Hofmann** (Heidelberg).

37) **T. Brown** and **A. T. Osgood** (New York). X-rays and sterility.

(Amer. journ. of surgery 1905. April.)

Verff. beobachteten 18 Fälle von Azoospermie oder Oligonekrospermie bei Röntgenarbeitern im Alter von 22—40 Jahren; sechs derselben hatten auch Röntgendermatitis an den Händen. In der ohne Zweifel in geringerer Menge ejakulierten Samenflüssigkeit fanden sich zahlreiche feine, runde, stark lichtbrechende Körperchen verschiedener Größe.

Besonders interessant ist die Beobachtung eines Dr. Laporski (Neuyork), der einen Kranken wegen Pruritus und Fistula ani mit Röntgenstrahlen unter Schutz des Hodensackes behandelte. Der vorher normale Samen zeigte trotzdem nach zwei Sitzungen von 10—15 Minuten in 8 Tagen Nekrospermie bei normaler Anzahl



der Spermatozoen. Nachdem Pat. noch zwei solche Sitzungen durchgemacht und dadurch von seinem Afterleiden befreit war, zeigte er nach 5 Monaten, in denen er den Koitus mied, wieder lebende Samenfäden in großer Zahl.

Goebel (Breslau).

38) Lönnqvist. Kriegschirurgische Erfahrungen vom russisch-japanischen Kriege.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 22 u. 23.)

L., Chefarzt eines Lazarettes des Finnischen Vereins zur Pflege verwundeter und kranker Krieger in Guntschutin (Mandschurei), gibt in kurzen Zügen einige Erfahrungen kriegschirurgischer Art. Bei reinen Weichteilschüssen war Ein- und Ausschußöffnung oft gleich groß; diese Wunden heilten meist glatt. Die durch das kleinkalibrige Geschoß erzeugten Wunden bluten wenig, führen aber häufig zu Aneurysmen. Eigentümlich waren in 2 Fällen nervöse Störungen in dem angeschossenen Gliede, welche als reine Neuritiden verliefen. In spongiösen Knochen, den Epiphysen der langen Röhrenknochen, kam es oft zu reinen Lochschüssen, während die Diaphysen ausgedehnt zertrümmert wurden. Die relative Ungefährlichkeit der Lungen- und Bauchschüsse, welche ja auch sonst beim modernen Pojektil oft hervorgehoben ist, kann auch L. bestätigen; von 35 Lungenschüssen starben nur 5, von 24 penetrierenden Bauchschüssen 13; dreimal wurde laparotomiert, stets ohne Erfolg. **Haeckel** (Stettin).

39) Seldowitsch. Über Verletzungen durch japanische Geschosse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Verf. hält den Transport der Verwundeten und Kranken immer noch für einen der wundesten Punkte des russischen Kriegsmedizinalwesen. Die Züge sind mit weniger Luxus auszustatten, aber mit einer größeren Anzahl von Plätzen zu versehen, damit es nicht vorkommt, daß ein Teil zwar in vorzüglich ausgestatteten Wagen herbei befördert wird, die Mehrzahl aber haufenweise auf dem nackten Boden der Frachtwagen, bisweilen ohne Verband, ohne Nahrung, halb nackt liegen muß. Der Transport der Verwundeten außerhalb des Eisenbahnrayons wurde meist mit zweiräderigen Wagen bewerkstelligt, die so martervolle Fahrzeuge waren, daß sie nicht einmal ein Gesunder vertragen könnte. Die fliegenden Abteilungen des russischen roten Kreuzes haben die auf sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt. Man könnte dieselben zu Transportzwecken benutzen.

Die Verletzungen der Schädel-, Brust- und Bauchhöhle, durch Granatsplitter von Artilleriegeschossen der Japaner herrührend, führten in der Mehrzahl der Fälle rasch zum Tode, so daß sie auf den Evakuationsplätzen gar nicht mehr zur Behandlung kamen. Bei den überlebenden Personen, die an weniger wichtigen Gebieten durch Granatsplitter verwundet wurden, kamen gleichfalls sehr schwere Affektionen vor, wie stinkende, gangränös septische Phlegmonen, welche ausgedehnte Inzisionen erforderten. Die Amputation war keine so seltene Operation, wie man das angenommen. Die Verletzungen mit Schrapnellkugeln gaben eine gewaltige Mortalität im weiteren Verlauf und machten sehr oft chirurgische Eingriffe nötig. Die Prognose dieser Art von Verletzungen ist für solche der Brusthöhle günstiger, für diejenigen der Schädel- und Bauchhöhle dagegen ungünstig. Die Humanität der modernen Gewehrgeschosse, die auch S. auf Grund seiner ersten Beobachtungen annehmen zu dürfen geglaubt hatte, scheint ihm jetzt bei größerer Erfahrung keineswegs mehr so anerkennenswert zu sein. Die Gewehrgeschosse führen häufig, wie aus seinen Einzelschilderungen hervorgeht, gewaltige Verwundungen mit tödlichem Verlaufe herbei. Für die kranio-zerebralen Schußverletzungen hält Verf. mit wenigen Ausnahmen operative Maßnahmen für indiziert. In der Tat ist es erstaunlich, was in einzelnen kompliziertesten Fällen durch sie noch geleistet werden konnte. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

40) O. Grosse. Eine neue Methode der Sterilisation chirurgischer Messer.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Verf. empfiehlt eine neue Methode der Messersterilisation in einem gläsernen Reagensrohre mit Korkverschluß. Der Kork wird durch eine Kette fixiert, welche an einer um das Glas laufenden Drahtspirale befestigt ist. Durch leichten Fingerdruck läßt sich die Spirale zum Öffnen und Schließen des Rohres zusammenschieben. In das Rohr ist ein Drahtgestell einzuführen, welches die Messer trägt. Falls ein Dampfsterilisator vorhanden ist, werden die Rohre mit den Messern in denselben gelegt; bei den gewöhnlichen Kochsterilisationsapparaten können sie im Verbandeinsatz oder auf einem Drahtgestell über dem Wasserspiegel auf dem Instrumenteneinsatze Platz finden. Eine Sterilisation von 10 Minuten genügt nach den bakteriologischen Untersuchungen des Verf.s unter allen Umständen zur Keimfreiheit der Messer. Die Erklärung für die gute Wirkung seines Verfahrens findet Verf. darin, daß die geringe Wasserdampfmenge der im Glasrohr befindlichen atmosphärischen Luft ausreicht, um unter Einwirkung einer Temperatur von 100° C im Rohr eine regelrechte Wasserdampfsterilisation zustande kommen zu lassen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

41) O. Grosse. Ein chirurgischer Universalsterilisator.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

G. beschreibt an der Hand einer Abbildung seinen Universalsterilisationsapparat mittels Wasserdampf, in welchem er Instrumente, Katheter, Verbandstoffe, Chemikalien usw. sterilisiert. Die nähere Art des Gebrauches ist in der Originalarbeit zu lesen; sie würde eine völlige Wiedergabe des Aufsatzes erfordern.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

42) Nettel. Über eine Modifikation bei der Herstellung der Gips-Hanfschiene.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 48.)

N. teilt eine von dem Diener der v. Eiselsberg'schen Klinik erdachten Verbesserung in der Anfertigung einer Beely'schen Gips-Hanfschiene mit, die darin besteht, daß über ein Bündel gut durchgekämmten Hanfes ein Trikotschlauch gezogen wird. Das untere Ende wird zugeschnürt, in das obere mittels eines weiten Trichters der Gipsbrei gegossen, nun oben auch abgebunden und das Ganze auf einem Tische durcheinandergeknetet und dann glatt gestrichen.

Hübener (Dresden).

43) Mauclaire. Sur la luxation récidivante de l'épaule. Capsulorrhaphie après exploration intra-articulaire.

Rapport de M. Lucien Picqué.

Picqué berichtet über drei von M., einen von ihm selbst und einen von Lardennois mit Erfolg durch Kapselnaht operierten Fall habitueller Schulterverrenkung. In keinem der fünf Fälle handelte es sich um einen Kapselriß, sondern stets nur um eine Kapselerweiterung. In einem Falle M.'s war dieselbe bedingt durch streckenweise Ablösung des Periosts am Kapselansatz an der vorderen Umrandung der Fossa glenoidalis; in dem Falle Lardennois wurde keine genügend klare Einsicht in die anatomischen Verhältnisse gewonnen, in den drei übrigen Fällen aber handelte es sich um einfache herniöse Ausstülpung der Gelenkkapsel. In allen Fällen wurde eine Verengerung der Kapsel durch Bildung und Fixierung einer Falte durch Naht vorgenommen, meist einer einfachen vertikalen Falte. M. fügte dieser in einem Falle noch eine horizontale hinzu; Picqué verstärkte die Kapselnaht durch Vernähung des Musc. subscapularis mit dem Musc. coracobrachialis, Lardennois dadurch, daß er die Sehne des Subscapularis an den oberen Teil der Kapsel heranzog. Die Erfolge waren gute.

Reichel (Chemnitz).



44) **A. Tsutsumi.** Zur Kenntnis der Luxation des Nervus ulnaris und deren operativer Behandlung.

Inaug.-Diss., Rostock, 1905.

Verf. fügt den 54 Fällen von Luxatio nerv. ulnar., die Drouard und Haim zusammengestellt haben, noch 10 weitere aus der Literatur hinzu und teilt dann einen in der Rostocker Klinik beobachteten und mit Erfolg operierten Fall mit. Die Luxation ist eine angeborene oder erworbene (traumatische) Anomalie. Als prädisponierendes Moment führt T. den Cubitus valgus an.

Nach Besprechung der üblichen Operationsmethoden schildert T. die von Müller in dem mitgeteilten Falle angewandte. M. bildete einen Periostknochenlappen vom Epicondylus internus und schlug diesen nach außen um; dort wurde er mit der Tricepssehne vereinigt und durch diese gedeckt. So wurde eine Rinne geschaffen, in der der Nerv gut gelagert blieb. **Grosse** (Kassel).

45) **Keen.** Rupture of the tendon of the biceps flexor cubiti.

(Annals of surgery 1905. Nr. 5.)

Bei einer athletischen Muskelübung riß die lange Sehne des M. biceps dicht unterhalb des Sulcus intertubercularis innerhalb der Sehnenscheide, ohne daß eine völlige Durchtrennung, wohl aber eine Verlängerung und starke Schlängelung der Sehne des Caput long. stattfand. An der Stelle des Einrisses war die Sehne aufgelockert, fusiform verdickt und verfärbt. K. durchschnitt die Sehne dicht unterhalb dieser Stelle und nähte die Sehnenenden nach seitlicher Aneinanderlagerung zusammen. Hierdurch wurde eine erhebliche Verkürzung der verlängerten Sehne erreicht, das Endresultat war ein gutes, so daß Pat. nach einigen Monaten seine athletischen Muskelübungen wieder aufnehmen konnte.

In der Literatur fand Verf. nur vier Fälle, bei denen die Naht des zerrissenen M. biceps resp. seiner Sehne ausgeführt wurde; er empfiehlt dieses Verfahren aufs angelegentlichste. **Herhold** (Altona).

46) **Hodgkinson.** A case of spontaneous subluxation of the wrist.

(Brit. med. journ. 1905. April 8.)

H. berichtet über einen Fall von »Madelung'scher Subluxation der Hand« bei einem 17jährigen Hausmädchen. Bei langdauernder harter Hausarbeit wurde das Handgelenk allmählich schmerzhaft und deform im Sinne einer volaren Subluxation. Eine Operation ergab normalen Knochen an Ulna und Radius. Beseitigung der Schmerzen bei Massage und Schienung im Laufe von 6 Monaten.

W. Weber (Dresden).

47) **E. Aulhorn.** Über Luxation im Carpometacarpalgelenke des Daumens und über Luxationsfraktur des Daumenmetacarpus (Bennet'sche Fraktur).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 227.)

A. berichtet unter Beigabe von Röntgenbildern kurz über mehrere Beobachtungen aus der Leipziger Poliklinik. Fall 1 betrifft eine Verrenkung des Daumenmetacarpus nach aufwärts, entstanden durch Stoß des Daumens gegen eine Leitersprosse. Obwohl der Metacarpus normal lang, ist doch der Daumen um fast 1 cm verkürzt. Die Tabatière ist verstrichen und in ihr die Basis des Metacarpus fühlbar. Der Daumen ist in Adduktion federnd fixiert, Abduktion und Opposition unmöglich, der Finger steht in Streckstellung. Die Diagnose wurde durch mehrfache Operation, zu welcher wegen mißglückter unblutiger Reposition geschritten wurde, bestätigt. Und zwar handelte es sich um eine vollständige Verrenkung, bei welcher die zerrissene Kapsel zwischen Os multangulum maj. und Metacarpus eingestülpt war. Reposition war nicht schwer, aber von Rezidiv gefolgt, weshalb bei einer weiteren Operation die Kapsel genäht wurde, aber ebenfalls ohne Erfolg. In ganz ähnliche Mißstellung wie bei der Verrenkung gerät der Daumenmetacarpus bei dem von

Bennett beschriebenen Bruch dieses Knochens, bei welchem der palmarwärts gelegene Anteil der Basis mit etwa der Hälfte der Gelenkfläche vom übrigen Metacarpus abgetrennt wird. Es tritt dann eine Subluxation des Metacarpus ein, indem dieser auch nach aufwärts und dorsalwärts rückt. Fingerstellung und Funktionsstörung sind ähnlich wie bei der vollen Verrenkung, doch ist die Differentialdiagnose außer durch Röntgen durch den Nachweis von Krepitation beim Bruch sicher stellbar. Von dieser Verletzung wurden drei Beobachtungen mitgeteilt. (Literaturverzeichnis von 11 Nummern zum Schluß der Arbeit.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

48) **Mailland.** Tuberculose inflammatoire, rétraction de l'aponevrose palmaire (maladie de Dupuytren) d'origine tuberculeuse.

(Méd. moderne 1905. Nr. 26.)

Vier weitere Fälle von Dupuytren'scher Fingerkontraktur, bei welchen zugleich andere Organe tuberkulös erkrankt waren, und zwar neben der Lunge vor allem die Wirbelsäule und einmal das Urogenitalsystem, sollen die Lehre Poncet's und seiner Schüler stützen, daß die Dupuytren'sche Fingerkontraktur eine tuberkulöse Erkrankung ist. In einem Falle konnte die mikroskopische Untersuchung vorgenommen werden. Wie schon Jansen beschrieben, fand sich lediglich eine fleckweise Hyperplasie des Bindegewebes, die von den Wandungen der kleinsten Gefäße ausging und zu starken Schrumpfungen führte, indes keinerlei Veränderungen, die für Tuberkulose sprachen. Trotz dieses negativen Resultates glaubt Verf. aus dem klinischen Zusammentreffen tuberkulöser Erkrankungen anderer Organe mit den Fingerkontrakturen den Schluß ziehen zu können, daß auch die Dupuytren'sche Fingerkontraktur auf tuberkulöser Basis beruht.

Coste (Straßburg i. E.).

49) **Fleischhauer.** Über Knochencysten des Skeletts.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 19.)

Es handelt sich um eine zweikammerige, hühnereigroße Cyste der rechten Beckenschaufel, welche dicht unter der Crista ilei nach innen gelegen war bei einem 20jährigen phthisischen Mädchen. Der Inhalt war klar. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes der Wand ergab die Entstehung aus einer Faser-Knorpelgeschwulst. **Borchard** (Posen).

50) **Blecher.** Über Infraktionen und Frakturen des Schenkelhalses bei Jugendlichen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 302.)

B. bringt aus der Militärpraxis vier Fälle von Fraktur bezw. Infraktion des Schenkelhalses bei 20—22jährigen Soldaten bei, von denen er zwei selbst beobachtete, während die beiden anderen in den Lazaretten zu Oppeln beziehentlich Mörchingen behandelt sind. Nur in einem Falle entstand die Verletzung durch stärkeres Trauma, Fall vom Querbaum auf die rechte Hüfte, und war hier auch, da voller Bruch vorlag, Krepitation mit Außenrotation des Beines deutlich genug. In den drei anderen Fällen war dagegen das Trauma so gering, daß man fast von Spontanfrakturen sprechen könnte. (Fehltritt beim Exerzieren bezw. Ausrutschen mit einem Fuß, mäßig starker Hufschlag gegen die Hüfte, Verrutschung auf einem Sattel, Gegenstoßen mit dem Fuße an einen Stein beim Marschieren.) Dem entspricht der klinische Verlauf solcher Fälle. Denn zunächst können Verkürzungen oder gar Krepitation fehlen, und es scheint nur Kontusion oder Muskelzerrung vorzuliegen. Erst im weiteren Verlauf und oft erst nach Hinzutritt eines wiederholten, wenn auch ebenfalls nur leichten Traumas treten die eine schwere Verletzung beweisenden Krankheitszeichen ein. Auch hier ist deshalb eine frühzeitige Röntgenuntersuchung zur Klärung der Sachlage wünschenswert. Differentialdiagnostisch kommt, wie Hoffa hervorgehoben hat, Koxitis in Betracht. Letztere pflegt aber stärkere Muskelatrophien zu bewirken und meist reflektorische Muskel-



krämpfe bei Bewegungen zu zeigen, die bei den Schenkelhalsbrüchen fehlen. Von Kontusionen oder Muskelzerrungen werden die versteckten Brüche durch die von ihnen veranlaßte ungleich länger andauernde Funktionsstörung unterscheidbar. Die Behandlung dieser Verletzungen bietet nichts besonderes, nur muß sie tunlichst frühzeitig richtig einsetzen, um diffuse Heilungen mit Verkürzung oder Bildung von Coxa vara zu vermeiden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

51) **L. Ely.** A case of pneumococcus infection of the hip.

(Med. news 1905. Mai 20.)

Soweit Verf. orientiert ist, berichtet er über den zweiten beschriebenen Fall von Pneumokokkenkoxitis. Der 4jährige Knabe zeigte die Symptome einer eitrigen Hüftgelenksentzündung, nachdem er 2 Wochen vorher eine Pneumonie durchgemacht hatte. Der bei der Inzision entleerte Eiter enthielt den Fränkel-Weichselbaum'schen Pneumokokkus. Das Kind erlag den Folgen eines Thoraxempyems. **Hofmann** (Heidelberg).

52) **G. H. Makins.** Three cases of separation of the descending process of the upper tibial epiphysis in adolescents.

(Lancet 1905. Juli 22.)

Verf. beschreibt an der Hand von Röntgenbildern drei Fälle von Abriß des schnabelförmigen Tibiafortsatzes bei jugendlichen Individuen. Seine Pat. waren 14, 12 und 22 Jahre alt. Ätiologisch kamen in Betracht beim ersten und letzten Falle Stöße gegen das Knie, und zwar im ersten beim Fußballspielen; beim zweiten Falle fand sich keine bestimmte Ursache, nur fielen die ersten Beschwerden in die Zeit des Fußballspiels. Verf. ist geneigt, in allen Fällen dieser Art die Ursache in energischen Quadricepskontraktionen zu suchen; in Fall 1 und 3, nimmt er an, sind solche durch das Trauma ausgelöst worden. Nach kürzerer oder längerer Zeit des Bestehens der Affektion ist die Loslösung des schnabelförmigen Fortsatzes weniger oder mehr, in einem der Fälle Verf.s, bei dem die Krankheit 4 Jahre bestand, war der Fortsatz völlig zu einer Art Sesambein in der Quadricepssehne geworden.

Unter den klinischen Symptomen sind die Unsicherheit (giving way) auf dem Beine bei Kniestreckungen, lokale Empfindlichkeit bei Tastung des Knies, lokales Ödem und hier und da Rötung zu nennen. Im akuten Stadium besteht oft ein derartig entzündetes Aussehen, daß Verf. z. B. in Fall 1 auf Grund seiner Annahme einer Epiphysentuberkulose einen operativen Eingriff vornahm.

Die Behandlung besteht im Frühstadium in Ruhe und örtlicher Fixation, eventuell kann man nach Verf. Ableitung auf die Haut durch z. B. Fliegenpflaster versuchen. Fall 2 Verf.s kam so zur Abheilung. In Fall 3 wurde das knorpelig-knochige Stück exstirpiert und die Sehne an der Tibia befestigt. Die Resultate waren alle, auch in Fall 1, wo wie erwähnt, auf Grund der falschen Diagnose operiert wurde, befriedigend. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

53) **M. Matsuoka.** Ein Beitrag zur Lehre vom osteoplastischen Karzinom.

(Deutsche Zeitschift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 389.)

Beobachtungen aus der chirurgischen Klinik zu Tokio. 45jährige Frau mit kindskopfgroßer bösartiger Geschwulst des unteren Endes der linken Tibia, weshalb Amputation. Die Geschwulst war mit Wahrscheinlichkeit als eine Metastase anzusehen, doch wurde die Geschwulst nicht nachgewiesen. Präparatbefund: Zentraler Teil der Geschwulst stark sklerosiert, während der periphere aus unregelmäßig geformten, lockeren Knochenspiculis besteht. Mikroskop: inselförmig zerstreute Parenchymkörper von solidem alveolärem Bau mit reichlichem osteoplastischem Stroma. Die Alveolen enthalten Krebszellen sehr mannigfacher Form, das osteoblastische Stroma stammt wahrscheinlich vom periostalen Bindegewebe

Bezüglich der Details wird auf das Original verwiesen, das die einschlägige Literatur berücksichtigt. Eine Tafel mit sieben teilweise kolorierten Figuren verdeutlicht die histologische Beschreibung bestens.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

54) **Simon.** Ein Fall von Embolie der Arteria tibialis antica sinistra.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 19.)

Ob es sich in dem berichteten Falle, der einen 36jährigen Mann aus Russisch-Polen betrifft, im übrigen aber völlig den bekannten Mitteilungen über beginnende angiosklerotische Gangrän und intermittierendes Hinken gleicht, in der Tat, wie Verf. annimmt, um eine Embolie des Tib. ant. gehandelt hat, muß doch sehr dahingestellt bleiben. Trotz des Bestehens eines Herzfehlers, trotz des scheinbaren Fehlens von Gefäßveränderungen wird man wohl nicht fehl gehen, den berichteten Fall als eine sog. Arteriitis obliterans zu deuten. **Borchard** (Posen).

55) **E. Kirmisson.** Angiome calcifié du triceps crural gauche; importance de la radiographie pour le diagnostic.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 19.)

Die kleine, etwa mandelgroße, in der Muskulatur des Quadriceps femoris gelegene, sich derb anfühlende Geschwulst entwickelte sich innerhalb eines Jahres unter sehr lebhaften Schmerzen; die leiseste Berührung war empfindlich. K. vermutete zunächst einen Fremdkörper; doch ließ eine Röntgenographie einen solchen nicht entdecken. Erst eine zweite, nach Monaten wiederholte Röntgenographie zeigte einige kleine, unregelmäßig geformte Schatten vor der Vorderfläche des Oberschenkelknochens. Als Angiom wurde die Geschwulst erst durch die Exstirpation erkannt; die Schatten im Röntgenbild rührten von Verkalkungen her.

Reichel (Chemnitz).

56) **Schneiderlin** (Beelitz). Radikaloperation bei Ulcus cruris.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 18.)

S. hat in einigen Fällen die von Wenzel (Buenos Aires) empfohlene zirkuläre Umschneidung der Haut des Oberschenkels (»Peritomie«) im unteren Drittel mit nachfolgender doppelter Unterbindung sämtlicher Hautgefäße und exakter Naht der Wunde ausgeführt und damit sehr gute Resultate — in einem Falle Heilung eines seit 8 Jahren bestehenden großen Geschwüres in kaum 4 Wochen — erzielt. Solche traten auch bei Anwendung der Peritomie bei bloßen Varicen ein; doch ist daneben noch die Resektion derselben in Ausdehnung von ca. 10 cm notwendig.

Kramer (Glogau).

57) **R. Stich.** Zur Anatomie der Fußgelenkstuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Resektion.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 587.)

Der Arbeit liegen 88 Fälle von Fußgelenkstuberkulose zugrunde, die innerhalb von 8 Jahren in der Garrè'schen Klinik behandelt wurden. 69,3% erkrankten vor dem 11., 81,3% vor dem 15. Jahre. Die Fußtuberkulose bevorzugt also die Jahre des Wachstums der Knochen. Hereditäre Belastung spielt eine geringe Rolle. Bedeutungsvoller ist das Vorhandensein anderweitiger tuberkulöser Herde im Körper. Bei 1/3 der Fälle war ein Trauma, meist eine Distorsion vorausgegangen.

Die Beteiligung eines Knochens an mehreren Tarsalgelenken und die Verbindungen der Gelenke bedingen es, daß häufig multiple Gelenkerkrankungen auftreten. Am häufigsten (88%) war das obere Sprunggelenk erkrankt, und zwar in 45% allein. Es folgt das hintere Sprung-Fersenbeingelenk mit 36% und das Sprung-Kahnbeingelenk mit 29%. Die ossalen Formen überragen mit etwa 70—75% die synovialen. Die Knochenherde saßen am häufigsten im Talus und Calcaneus, besonders häufig in der Talusrolle. 6mal wurden isolierte Knochenherde ohne



Gelenkerkrankung gefunden. Die Knochen waren in der Regel erweicht, selten hart. Die Knorpel waren nur ganz ausnahmsweise intakt. Fast immer war die vordere Kapselwand des oberen Sprunggelenkes erkrankt. Ein eitriger Erguß im Gelenk fand sich in mehr als der Hälfte, periartikuläre Abszesse in $^1/_4$, Fisteln bei mehr als der Hälfte der Fälle. Sehnenscheiden waren etwa beim 5. Teile der Fälle mit erkrankt.

Die Behandlung war 15mal eine konservative mit 8 vorzüglichen, 4 guten, 2 mittelmäßigen und 1 ungenügendem Ergebnis. 49 anfangs konservativ behandelte Fälle wurden später operiert. Im ganzen wurden 73 Fälle operativ behandelt, und zwar wurde 14mal ein Evidement ausgeführt mit 6 vorzüglichen, 2 guten, 1 ungenügenden Resultat und 4 Todesfällen. Unter 50 Resektionen war das Resultat 11mal vorzüglich, 16mal gut, 7mal mittelmäßig, 3mal ungenügend, 6 starben. 11mal wurden Amputationen und Exartikulationen vorgenommen, davon 9 primär und 2 sekundär. Es starben 3, ein Fall bekam eine Koxitis, die übrigen wurden geheilt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

58) **J. Richter.** Ein Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Luxation des Fußes im Talo-Cruralgelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 246.)

R. bringt einen eigenen Fall aus der Marburger Klinik bei, eine unvollkommene Verrenkung des Fußes nach hinten mit Bruch der Fibula. 18jährige Landarbeiterin, vor 2 Stunden von einem mit einem Fuder Klee beladenen Wagen mit der Vorderseite des Körpers langgestreckt zu Boden gefallen, wobei der Fuß nach außen gedreht war. Es ist anzunehmen, daß der Fuß mit seinem Rücken den Fußboden zuerst erreichte und hierdurch übermäßig plantarflektiert wurde. Befund: Vorderteil des Fußes verkürzt, Fersenteil verlängert, leichte Plantarflexion, mäßige Valgusstellung, in der Gegend des Talocruralgelenkes das Unterschenkelgelenkende als bogenförmiger Vorsprung fühlbar. Röntgen (cf. das Bild) gibt weitere völlige Klarheit. In Narkose leichte Reposition durch Zug am Fuße in der Beinlängsachse und gleichzeitigen Druck auf das untere Tibiaende nach hinten. Im Gipsverband gute Heilung.

Der Zusammenstellung ähnlicher Luxationen von Wendel, welcher 26 Fälle beibrachte, fügt R. eine Sammlung von 7 neuen Beobachtungen seit dem Jahre 1896 hinzu, von denen die fünf jüngsten mit Röntgenaufnahmen versehen sind. Es ist bemerkenswert, daß bei letzteren stets gleichzeitige Frakturen gesehen sind, daß aber, um Fibulafrakturen nicht zu übersehen, das Fußgelenk mindestens von zwei Seiten zu durchleuchten ist. Überhaupt besitzt das Röntgenverfahren auch hier, zumal wo nur Subluxationen vorliegen, für die Diagnose den höchsten Wert. Im übrigen erörtert R. die allgemeinen Verhältnisse dieser Verrenkung, ihren Entstehungsmechanismus, ihre Symptome, verschiedenen Formen und die Therapie, worüber auf das Original zu verweisen ist. Ein Literaturverzeichnis von 20 Nummern ist der Arbeit angefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

59) **A. v. Bonsdorff.** Ein Fall von dorso-lateraler Luxation im Lisfranc'schen Gelenke.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVI. p. 49.)

Einleitungsweise gibt Verf. eine Übersicht über die bisher publizierten — 65 — Fälle, sodann die ausführliche Krankengeschichte, zuletzt epikritische Bemerkungen über den Mechanismus dieser seltenen Verrenkung.

Es handelte sich um einen 25jährigen Arbeiter, der einen Stapel Bretter auf sich fallen sah, im Augenblicke, wo er im Begriffe war, etwas vom Boden zu heben. Er stand dabei in vorwärtsgeneigter Stellung, das linke Knie gebeugt und den vorderen Teil des linken Fußes gegen einen Stock gestützt, während der hintere Teil sich frei über den Stock streckte. Der rechte Fuß ruhte am Fußboden hinter dem linken. Beim Unfalle soll der linke Fuß zuerst aufwärts gebogen

worden sein, dann, da Pat. wegen der Schwere der Bretter sich nach rechts drehte, auswärts. Als Pat. den Fuß entkleidet hatte, fand er den ganzen äußeren Teil des linken Fußes außenrotiert. Mit einem gewaltigen Rucke versuchte er selbst, ihn geradezurichten, was soweit gelang, nur daß eine Auftreibung am Fußrücken stehen blieb, die bei der sofortigen Röntgenaufnahme im Krankenhaus aus dem aufwärts verschobenen proximalen Ende des 4. Metatarsalknochens zu bestehen schien. Reposition in Äthernarkose durch starke Plantarflexion, Zug in der Längsachse des Fußes und gleichzeitigen Druck auf den Knochen. Die einige Tage später aufgenommene Röntgenphotographie zeigte, daß der Metatarsus II dicht am basalen Ende gebrochen war, und daß die vier übrigen Metatarsalknochen etwas lateralwärts verschoben standen. **Hansson** (Cimbrishamn).

60) **G. Ekehorn.** Ein Fall von isolierter Luxation des Calcaneus.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 15.)

Der sehr seltene Fall betrifft ein 14jähriges Mädchen, daß sich in einem Pferdegöpel einer Dreschmaschine beschädigt hatte. Der hintere Teil der Fußsohle war von der Fascia plantaris losgerissen. Die Wunde lief hinten rings um die Ferse 1 cm oberhalb der Grenze der Sohle. Der Calcaneus war vollständig losgerissen, mit dem vorderen Ende lag der Knochen auf der Dorsalfläche des Cuboideum, die Längsachse lief nach hinten, innen und plantarwärts; der Knochen war im ganzen etwas nach vorn verschoben; außerdem hatte er eine Drehung um seine Längsachse mit der oberen Fläche nach außen erfahren. Die Peroneussehnen und die entsprechenden Gefäße und Nerven waren unverletzt.

Wahrscheinlich war der vordere Teil des Fußes fixiert gewesen, und hatte die Gewalt den hinteren äußeren Teil der Ferse gepackt.

Hansson (Cimbrishamn).

61) **Momburg.** Ein scheinbarer Bruch des Os naviculare tarsi.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Bei einem Unfallverletzten wurde ein Röntgenbild des betreffenden Fußes aufgenommen; dasselbe ergab einen Befund, welcher als Bruch des Os naviculare tarsi gedeutet werden konnte. Indessen ergab die Aufnahme des anderen Fußes wie die Anamnese, daß es sich nicht um eine Fraktur handeln konnte. Vielleicht war ein Knochengebilde vorhanden (Praehallux Bardeleben's), dessen Anlage bei den meisten Menschen nicht mehr vorhanden ist. Die Verwachsung desselben mit dem Kahnbein konnte dann durch die eigenartige Schattenbildung den Bruch vortäuschen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

62) **L. Cosby** (Lincoln, Ill.). An interesting case of gun-shot wounds of the intestines; operation; recovery.

(Amer. journ. of surgery 1905. May.)

Schußwunde des Bauches quer von links oben nach rechts unten, hier Ausschuß dicht oberhalb des Poupart'schen Bandes, Wiedereintritt vorn in den rechten Oberschenkel, $1^1/_2$ Zoll unter dem Lig. Pouparti, so daß das Geschoß dicht oberhalb der Popliteaifalte unter der Haut stecken blieb. Laparotomie 11 Stunden nach der Verletzung; Bauch mit Blut gefüllt; Unterbindung mehrerer Mesenterialgefäße. Darm zehnmal verletzt. Zweimal Resektion und End-zu-End-Vereinigung, achtmal Naht nach Czerny-Lembert. Kochsalzspülung. Glasdrain im unteren Winkel der Inzisionswunde. Heilung. **Goebel** (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

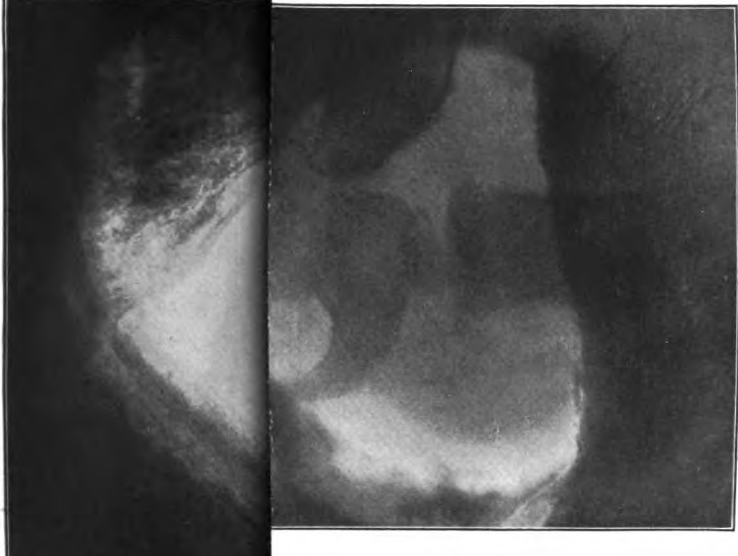


Fig. 3.

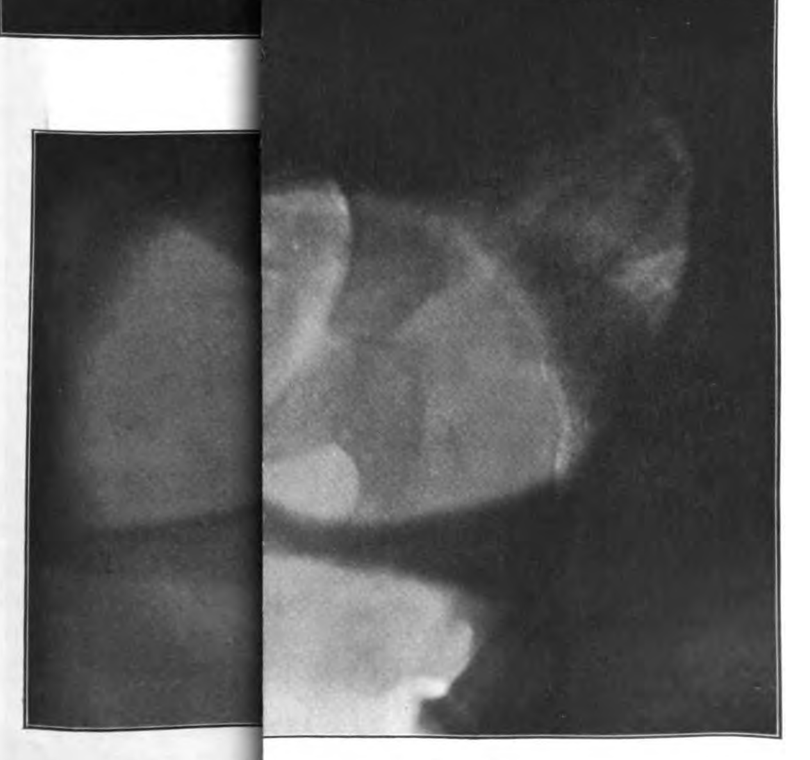


Fig. 4.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 38. Sonnabend, den 23. September. 1905.

1) J. Demoor. Cours de physiologie générale.

Brüssel, **Lamertin**, 1905.

Das Buch gibt eine Zusammenstellung des augenblicklichen Standes der physiologischen Chemie, soweit sie den engeren Kliniker berührt,

der klinischen Chemie (Blut usw.) und der biologischen Fragestellungen, wie sie in Deutschland vor allem von Verworn (Göttingen) so fruchtbar angeregt wurden. Die Kürze des Buches läßt nur eine Zusammenstellung in Form eines Kompendiums zu, so daß man zu sehr an die Vorbereitungsbücher zum Examen erinnert wird. Bei der Fülle des Materiales und der Kürze des Buches mußte eine kritische Sichtung und persönliche Stellungnahme des Verf. unterbleiben. Dadurch leidet das Buch. **Heile** (Wiesbaden).

2) **L. Cheatle.** The points of incidence compared in cancer, leucoderma and scleroderma.

(Brit. med. journ. 1905. April 29.)

Verf. erläutert mit Hilfe zahlreicher Abbildungen seine Theorie, daß Leukoderma, Skleroderma und Ulcus rodens an Gesicht und Rumpf an den Stellen auftreten, wo die Nerven die Haut erreichen. Diese Stellen entsprechen den Head'schen Nervenpunkten. Die neuropathische Ätiologie, die für Leukoderma und Skleroderma schon vielfach anerkannt sei, müsse auch auf das Ulcus rodens übertragen werden. Wenn diese Annahme richtig ist, so kann das Ergebnis im Streite der Meinungen über die Entstehung des Karzinoms mehr für die embryonale als für die parasitäre Theorie verwertet werden. Nach der Lehre von Head beweist ein mehrfaches Befallensein seiner Nervenpunkte im Gebiet eines und desselben Nerven, z. B. beim Herpes zoster, eine zentral bedingte Ursache der Erkrankung, ein einfaches Befallensein eine peripher bedingte. Danach müßte für das Ulcus rodens der neuropatische Faktor peripher bedingt sein.

W. Weber (Dresden).

3) **C. Lenormant.** Chirurgie de la tête et du cou. 240 S. 197 Fig.

4) **A. Schwartz.** Chirurgie du thorax et du membre supérieur. 153 S. 197 Fig.

5) **N. G. Labey.** Chirurgie du membre inférieur. 244 S. 247 Fig.

6) **M. Guibé.** Chirurgie de l'abdomen. 216 S. 179 Fig.

7) **P. Duval.** Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme. 206 S. 216 Fig.

8) **R. Proust.** Chirurgie de l'appareil génital de la femme. 244 S. 210 Fig.

9) **V. Veau.** Pratique courante et chirurgie d'urgence. 211 S. und 307 Fig.

Paris, **Masson et Co.**, 1904. Jeder Bd. 4 fr. 50.

Vorstehende sieben Bücher sind gemeinsam erschienen unter dem Titel: Précis de technique opératoire par les prosecteurs de la

Faculté de Paris und unter einer empfehlenden Einleitung von Prof. P. Berger. Sich eng anschließend an Farabeuf's Précis de manuel opératoire, in dem die Unterbindungen, Amputationen und Resektionen so abgehandelt sind, wie sie im wesentlichen an der Pariser Fakultät ausgeübt werden, publizieren hier die Autoren die Regeln, nach welchen die übrigen am menschlichen Körper vorzunehmenden Operationen technisch ausgeführt werden sollen. Nur hiervon ist die Rede, auf Indikationen, auf Nachbehandlung, auf die Besprechung der Ergebnisse am Lebenden ist verzichtet, auch werden nur selten — z. B. bei den Nervenresektionen im Gesicht — für dieselbe Operation verschiedene Techniken angegeben. Vielmehr beschränken sich die Verff. darauf, für jede einzelne Operation das Verfahren zu beschreiben, das sich in Praxis bewährt hat und vor anderen dort in Anwendung gezogen wird. Das aber wird nun auch, unter steter Berücksichtigung der anatomischen Grundbedingungen, genau und klar beschrieben und durch eine reiche Zahl guter, scharfer Holzschnitte illustriert. Da die Verff. an der Fakultät die hier von ihnen bearbeiteten Abschnitte der Operationslehre vortragen und die praktischen Operationsübungen leiten, so geben ihre Bücher ein genaues Bild der Operationslehre der Pariser Schule und lassen ersehen, daß die Techniken in Frankreich von denen in Deutschland — und auch den anderen Ländern der Erde — nur wenig abweichen, daß in vielen Dingen volle prinzipielle Übereinstimmung herrscht, wenn auch natürlich jeder Operateur seine besonderen kleineren Eigenartigkeiten hat, die in seiner Individualität und in speziellen Erfahrungen ihren Grund haben. Jedenfalls können wir diese Sammlung auf das beste ausgestatteter Vorschriften für die Operationen an der Leiche und am Lebenden einem jeden ohne Rückhalt zur Benutzung empfehlen.

Richter (Breslau).

---

10) **G. Nyström.** Einige Worte über lokale und regionäre Anästhesie mit Kokain und Kokain-Adrenalin.

(Allmänna svenska Läkartidningen Jahrg. 1. Nr. 33—35.)

Die Arbeit stammt aus der Klinik Lennander's zu Upsala und enthält Beispiele von den Erfahrungen, die mit den genannten Mitteln da gemacht worden sind. Zuerst liefert Verf. kurze geschichtliche Notizen über die lokale und regionäre Anästhesie in der Chirurgie (Schleich's Infiltrationsanästhesie, Corning's und Oberst's Verwertung der Entdeckung Krogius' (cf. dies. Zentralblatt 1894 Nr. 11, Ref.), Cushing's Anästhesie der Bruchpforten, Lennander's Versuche der Bauch- und Thoraxwandanästhesie (durch Injektion in die Interkostalnervenscheiden dicht am Rückgrat), Bier's medulläre Anästhesie, Hackenbruch's zirkuläre Anästhesie, Braun's Adrenalinzusatz zu Kokainlösungen usw.). Dann beschreibt er einige Experimente, die er vergleichshalber an sich selbst mit Kokain und mit Kokain-Adrenalin gemacht hat. Die in der Klinik angewandte Methodik wird ausführlich

erwähnt. Mehrere Beispiele vom Gebrauche der genannten Mittel werden ausführlich mitgeteilt, z. B. Exstirpation oberflächlich gelegener Geschwülste, Saphenaunterbindungen, Thiersch'sche Transplantationen, Cushing's Methode, die Bruchpforten zu anästhesieren, Rippenresektionen mit Pleurotomien bei Empyemen, Exstirpationen tuberkulöser Tendovaginitiden, Corning's und Obert's (Krogius') Anästhesierung bei Operationen an Fingern und Zehen usw.

Die Ausführungen Verf.s, die auf die Empfehlung der Methode sowohl für Kliniken und Krankenhäuser, als besonders für praktische Ärzte hinzielen, werden in folgenden Regeln zusammengefaßt:

In einer kleinen Flasche mit so weitem Halse, daß die Spritze eingeführt werden kann, werden in 10 ccm Wasser $2^1/_2$ cg Kokain mit 9 cgm Chlornatrium (beim Apotheker vorrätig in kleinen Glastuben) gelöst, wenn man $^1/_4$%ige, 5 cg Kokain mit 9 cg Chlornatrium, wenn man $^1/_2$%ige Lösung wünscht. Die mit überbundenem Stöpsel geschlossene Flasche wird während 3—5 Minuten in siedendes Wasser gestellt. Mit gleichzeitig gekochter Tropfröhre werden 2 Tropfen Adrenalinlösung (Sol. adrenalini hydrochlorici 1 : 1000 Parke, Davis & Co., London) zugesetzt; nach der Abkühlung bis zur Körpertemperatur ist die Mischung zum Gebrauche fertig.

Die Mischung ist an dunklem Ort aufzubewahren, wenn sie nicht sogleich gebraucht wird. Sie ist auch noch nach einigen Wochen völlig verwendbar.

Um Kollaps vorzubeugen, ist es immer ratsam, zu gleicher Zeit ein Stimulans zu verabreichen, z. B. 1 oder 2 Spritzen Kampferöl. Auch soll Pat. während der Operation liegende Stellung einnehmen.

Die so erzeugten Anästhesierungen haben sich bis auf mehrere Stunden ausgedehnt, obschon der Adrenalinzusatz ein ganz minimaler war.

Hansson (Cimbrishamn).

---

11) **H. Braun.** Die Lokalanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung.

Mit 127 Abb. IX, 436 S. Lex-. 8. Leipzig, **J. A. Barth,** 1905. *M* 10.—.

In Form eines Lehrbuches gehalten, nicht als trockene Zusammenstellung, wirkt das Werk als anregende Lektüre. Verf. hat über die Materie selbst so ausgezeichnete Arbeiten geliefert, daß er von einer rein objektiven Zusammenstellung absehen und kritisieren konnte. Dadurch wird das Buch anregend. Für den Praktiker ist das Buch erforderlich; er findet die Technik der Lokalanästhesie im weitesten Sinne (inklusive Medullaranästhesie) so klar und vollständig, daß jeder sie danach lernen resp. umlernen kann. Das Buch wird die größte Verbreitung finden. Es schafft Klarheit, gibt präzise Indikationen für die Anwendung der Lokalanästhesie, warnt aber auch vor ihrer Anwendung dort, wo sie nicht ausreichen kann (bei größeren Laparotomien usw.). Die Einteilung ist übersichtlich, daß jeder sich schnell orientieren kann, mit gutem Register und sehr ausführlichem Litera-

turverzeichnis, das keiner entbehren mag, der über die Materie arbeiten will. Sehr wichtig ist die präzise Stellungsnahme zu den verschiedenen neuen Ersatzmitteln des Kokain, zur Medullaranästhesie (Bier) usw. Mancher Praktiker kann sich dadurch böse Enttäuschungen ersparen. Der Preis von 10 Mark ist ein mäßiger.

Heile (Wiesbaden).

---

12) **Sueve.** The treatment of burns and skin grafting.
(Journ. of the amer. med assoc. 1905. July 1.)

S. führt zunächst eine Kasuistik von 8 Fällen schwerster Verbrennung und Verbrühung an. Seine Behandlungsmethode beruht darauf, die ganz offen der Luft ausgesetzten Verbrennungen ersten und zweiten Grades mit Zinkstearat zu bestreuen unter peinlichster Reinhaltung, solange bis sich ein fester Schorf gebildet hat. Die Verbrennungen dritten Grades werden nur der Luft ausgesetzt und häufig abgetupft und mit physiologischer Kochsalzlösung abgewaschen. Sehr wichtig ist, daß das Krankenzimmer sehr warm gehalten wird (Blutwärme!), und daß die gesunden Teile der Haut durch Abreiben mit kaltem Wasser, Spiritus u. dgl., die Glieder durch Bewegen, soweit ohne Schmerzen ausführbar, in gutem Zustande gehalten werden. Alle stärkeren Desinfektionsmittel sind zu vermeiden. Größere Granulationsflächen bedeckt Verf. sobald angängig mit Thiersch'schen Läppchen. Durch das Fehlen des Verbandes wird das Hineinwachsen der Granulationen in den Verbandstoff verhütet, welcher außerdem durch die Sekrete als feuchter Verband wirkt, die Hautatmung verhindert und leichtere Grade der Verbrennung in schwerere umwandelt. Der Schmerz ist bei offener Behandlung viel geringer, nur in den ersten Stunden stärker vorhanden und dann mit Morphium zu bekämpfen. Die Narben nach dieser ausgeführten Behandlungsart sollen viel zarter und verschieblicher sein als bei anderen Behandlungsmethoden. Narben von Verbrennungen unter der Haut liegender Teile werden frühzeitig exzidiert. Die vorgeschlagene Behandlungsweise scheint beachtenswert.

Trapp (Bückeburg).

---

13) **Hendrix.** Radiothérapie des adénites chroniques.
(Annal. de la soc. belge de chir. 1905. Avril.)

H. berichtet über seine Erfahrungen, die er bei der Behandlung tuberkulöser Lymphome mit Röntgenstrahlen gemacht hat. Am besten sollen sich zu dieser Behandlung ältere schmerzlose bewegliche Lymphome von harter Konsistenz eignen. Derartige Lymphome verkleinern sich rasch bei Anwendung der Radiotherapie. Lymphome, welche noch frisch und im Wachsen begriffen sind und die Zeichen der Verkäsung oder entzündliche Infiltration bieten, eignen sich nicht zur Bestrahlung, weil sie rasch abszedieren. Bei der Auswahl der zur Radiotherapie geeigneten Fälle spielt die Erfahrung des einzelnen eine große Rolle.

Neck (Chemnitz).

---

14) **Berg.** Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 13.)

B. hat in 46 Fällen die Engelbreth'sche Methode der Abortivbehandlung der Gonorrhöe ausgeübt mit einigen Modifikationen. Er nahm zu den Waschungen der Harnröhre 500 g einer erwärmten Höllensteinlösung von 1:500, bei einer Druckhöhe von 50 cm; es wurden im allgemeinen drei Waschungen vorgenommen, die erste gleich bei der ersten Konsultation, die zweite ca. 10 Stunden später, die dritte folgt dann nach 12—14 Stunden. Nicht geeignet für dieses Verfahren sind Fälle, in denen Entzündung des Orificium urethrae, Empfindlichkeit der Harnröhre bei Druck oder flockiger oder gar trüber Urin bestehen. Gonorrhöen, welche länger als 2 Tage bestehen, passen nicht mehr für diese Behandlung. Am besten sind die Erfolge bei eintägiger Dauer der Gonorrhöe. Komplikationen wurden nie bei dieser Behandlung beobachtet. Die Resultate sind vortrefflich: von 46 Pat. heilten 31 = 67%; von den letzten 20 Pat., bei denen B. die Kontraindikationen präziser zu stellen gelernt hatte, heilten 15 = 75%. Schon am übernächsten Tage nach beendeter Behandlung kann man mit Bestimmtheit sagen, ob Pat. geheilt ist oder nicht. Die Gonokokken sind in den geheilten Fällen völlig verschwunden; daß sie in späterer Zeit wieder zum Vorschein kommen, ist nie beobachtet worden. B. empfiehlt daher warm das Verfahren, welches in der Tat von allen Arbortivmethoden die beste zu sein scheint. **Haeckel** (Stettin).

---

15) **C. Grunert.** Einführung in das Studium der Ohrenkrankheiten, e. Grundriß der Otologie in Form v. akadem. Vorträgen f. Studierende u. prakt. Ärzte, unter Mitwirkung von H. Schwartze. XII, 396 S. gr. 8.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1905. *M* 10.—; geb. *M* 11.25.

Das Buch ist den ehemaligen und zukünftigen Hörern der Hallenser Klinik gewidmet in Form von Vorlesungen, wie sie gelegentlich der staatlichen Fortbildungskurse für Ärzte gehalten wurden. Die Behandlung des Stoffes ist eine durchaus subjektive und daher nicht allen Fachleuten gleich wert, doch ist das literarische Material auch nach dem neuesten Standpunkte der Wissenschaft unter kritischer Auslese berücksichtigt. Die den Autoren eigene Klarheit des Vortrages und die vortreffliche Bearbeitung des Stoffes sichern dem Buche die weiteste Verbreitung. »Die Gruppen der Krankheitserscheinungen sind nach rein praktischen klinischen Erfahrungen zusammengestellt«, und wird daher ein jeder Arzt ein solches Buch mit Freuden zur Hand nehmen, das ihm leicht zur Orientierung im einzelnen Falle verhilft. Somit würde es den von den Autoren gewünschten Zweck, »ein Nachlesebuch« zu werden, erfüllen.

Die genauere Besprechung der einzelnen Kapitel gehört nicht in den Rahmen eines Referates. Es muß das Buch allen Ärzten aufs wärmste zur Durchsicht empfohlen werden. **Grosse** (Kassel).

---

16) **C. Grunert.** Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Ohrenheilkunde. (Aus der Königl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 25.)

Die Lumbalpunktion hat sich für die Ohrenheilkunde als ein unschätzbares Verfahren erwiesen, indem sie es ermöglicht, aus der Beschaffenheit des aus dem Wirbelkanal entnommenen Liquor cerebrospinalis fast regelmäßig ganz sichere diagnostische Schlüsse auf das Vorhandensein oder Nichtbestehen einer jeden operativen Eingriff kontraindizierenden diffusen eitrigen Leptomeningitis zu ziehen. Sie ist in der Hallenser Klinik jetzt bereits in nahezu 200 Fällen ausgeführt worden, immer mit dem Ergebnis, daß bei normaler wasserklarer Beschaffenheit der Punktionsflüssigkeit auch tatsächlich eine diffuse eitrige Meningitis fehlte, so daß an die Operation der otogenen intrakraniellen Komplikation (Hirnabszeß, infektiöse Sinusthrombose usw.) mit größerer Aussicht auf Erfolg herangegangen werden konnte. Fanden sich dagegen in dem Liquor auch nur Spuren einer Trübung, so war damit in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle auch das Bestehen einer diffusen eitrigen Leptomeningitis erwiesen, und der tödliche Ausgang der Krankheit sichergestellt, wenn der getrübte Liquor auch Entzündungserreger enthielt. Todesfälle kamen in der Schwartz'schen Klinik nach der Lumbalpunktion 2mal vor; in dem einen blieb es zweifelhaft, ob die — seitdem dabei nicht mehr angewandte — Narkose den tödlichen Ausgang verschuldet hatte, während ihn in dem zweiten — der ersten Lumbalpunktion überhaupt — die zu rasche Entleerung des Liquor mittels Aspiration herbeigeführt hatte. **Kramer** (Glogau).

---

17) **O. v. Hovorka.** Zur Kritik der heutigen Skoliosenmessung.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

Nach einer übersichtlichen Schilderung und kritischen Besprechung aller orthopädischen Meßvorrichtungen und Meßmethoden zur Feststellung des Grades der Wirbelsäulenverkrümmung glaubt Verf. der orthopädischen Photographie unter den graphischen Darstellungen, die uns bis zum heutigen Tage zu Gebote stehen, den ersten Platz einräumen zu müssen. Durch die zentrierte Meßgitterphotographie sind wir in den Stand gesetzt, am bequemsten, einfachsten und billigsten Messungen an Skoliotischen auszuführen, wenn wir auch über die Torsion, eines der wichtigsten Merkmale der Skoliose, keinen Aufschluß erhalten.

Auf Grund seiner gewonnenen Beobachtungen empfiehlt Verf. am Schluß der Arbeit obiges Verfahren, indem er wiederholt betont, daß es nicht so sehr auf einen bestimmten Meßbildapparat, nicht auf ein besonders vorteilhaft scheinendes Verfahren ankommt, sondern

daß eine einheitliche, bequeme und billige Methode einzuführen ist, nach der alle Orthopäden einheitlich sich zu richten hätten.

Hartmann (Kassel).

---

18) **G. Sutcliffe.** The surgical anatomy and operative treatment of tuberculous glands of the neck.

(Brit. med. journ. 1905. May 13.)

Verf. bespricht auf Grund von 250 von ihm operierten Fällen ausführlich die chirurgische Anatomie der Halslymphdrüsen, insbesondere in ihren Beziehungen zum Nerv. accessorius, N. vagus, den großen Venen, zum Ductus thoracicus, zur Pleurakuppel, zum Nervus facialis. Er erwähnt die Schwierigkeit, den Ramus marginalis und facialis bei Entfernung submaxillarer Drüsen zu schonen, und berichtet über zwei Fälle von vorübergehender Facialislähmung bei der Operation hoch oben unter dem Kopfnicker gelegener Drüsen. Eine Verletzung des Ductus thoracicus hat er nicht erlebt. Die Operationsmethode muß drei Bedingungen erfüllen: sie muß eine möglichst vollständige Ausräumung erlauben; sie muß die wichtigen Nerven und Gefäße schonen, besonders den N. accessorius; sie muß möglichst unsichtbare Narben hinterlassen. Ganz besonders wendet S. sich gegen die noch viel zu sehr gebräuchlichen, entstellenden, zu keloider Entartung neigenden Schnitte am vorderen Kopfnickerrand und empfiehlt statt dessen seinen für die große Mehrheit aller Fälle ausreichenden »schrägen Querschnitt«: vom Proc. mastoideus im Bogen annähernd parallel den Unterkieferästen nach vorn und abwärts ziehend.

Seine Indikationen zur Operation sind: Eiterung, Fisteln; an Größe trotz Allgemeinbehandlung zunehmende Schmerzen und Entstellung verursachende Lymphome; soziale Gründe. Dagegegen tritt nach S. die seiner Meinung nach viel zu stark betonte Gefahr einer Infektion der Lungen von den Drüsen aus als Operationsindikation ganz in den Hintergrund. Er hat bisher noch nie nötig gehabt, den M. sterno-cleido-mastoideus zu durchtrennen. **W. Weber** (Dresden).

---

19) **Riedel.** Zur Technik der Kropfoperation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 22.)

Operation unter Lokalanästhesie (500,0 einer frisch gekochten Eukainlösung 1:1000 unter die Haut der vorderen Halsgegend und 200,0 zur weiteren Imprägnation der langen Halsmuskeln). Bei großem doppelseitigen Kropfe wird zuerst ein Bogenschnitt, 1 cm unterhalb des einen Ohres beginnend, fast senkrecht nach unten und dann 2 cm oberhalb des Jugulum quer über den Hals und an der anderen Seite bis wieder zum Ohr hinauflaufend, gemacht. Der Lappen wird von den langen Halsmuskeln in der Mitte, den Kopfnickern beiderseits abpräpariert, der mediale Rand der Scheide der letzteren beiderseits längs gespalten, so daß dieselben beliebig nach außen gezogen werden

können, die langen Halsmuskeln 2 cm oberhalb des Hautschnittes quer durchtrennt und oben zusammen mit dem Hautlappen vom Kopfe abgelößt bis das Zungenbein erreicht ist. Bei der dann folgenden Gefäßunterbindung wird die Art. thyr. infer. beiderseits neben dem Recurrens unterbunden, so daß unter dem Nerven ein Stück der Arterie liegen bleibt. Auf der anderen (linken) Seite werden die unteren zwei Drittel ebenfalls reseziert, das obere Drittel von der Luftröhre gelöst, damit dieser Kropfrest ganz nach links oben verschoben werden kann. Wenn er mit Luftröhre und Kehlkopf in Verbindung bleibt, so springt er als häßliche Geschwulst links vom Kehlkopf vor. Den Hauptwert legt R. auf die Lokalanästhesie, von der er unter seinen 142 letzten Fällen nur 3mal abgegangen ist. **Borchard** (Posen).

---

20) **H. Pringle.** The treatment of empyema.

(Brit. med. journ. 1905. April 15.)

Verf. empfiehlt die Resektion der 9. Rippe in der Scapularlinie als der tiefsten Stelle des Thorax in Rückenlage und die Auswaschung der Pleurahöhle zur Beseitigung aller Fibringerinnsel. Zeigt die Lunge bei der Operation keine Neigung zur Wiederausdehnung, so löst P. überall mit Finger und Metallsonde oder Elevatorium die Verklebungen zwischen den Pleurablättern. Gewöhnlich beobachtet man sofort danach eine bessere Ausdehnung der Lunge bei Hustenstößen. Nur in wenig Fällen war Verf. später zur Thorakoplastik gezwungen. Ist eine solche nötig, so reseziert er nach Estlander vorn von der 2. bis zur 9. Rippe je ein Stück, das an den mittleren Rippen am längsten ist und nach oben und nach unten allmählich an Länge abnimmt. Soweit es von hier aus möglich ist, entfernt er die ganze, freiliegende verdickte Pleura. Dehnt sich auch hiernach die Lunge nicht vollständig aus, so reseziert er auch hinten Stücke der 2. bis 9. Rippe. Bei ganz hartnäckigen Fällen, in denen auch diese Operation nicht zum Ziele führt, nimmt er noch die ganze 2. und 9. Rippe fort und, wenn nötig, die 6. — Gegen die Schede'sche Operation wendet er ein, sie beraube das Schulterblatt seiner Stütze und schaffe eine bedenkliche Neigung zur Skoliose.

W. Weber (Dresden).

---

21) **E. Michels** (London). Die Kastration beim Mammakarzinom.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 24.)

Nach dem Vorgange Beatson's haben in England und Schottland zahlreiche Chirurgen die Oophorektomie beim inoperablen Brustkrebs oder bei dessen Rezidiv ausgeführt und damit teilweise ganz überraschend günstige Erfolge erhalten. Eine wesentliche Besserung wurde, wie Lett nach den von ihm gesammelten 99 Fällen berechnet, n 36,4%, bei 75 Pat. unter 50 Jahren in 41,3% erzielt, die mehr

oder minder lange Zeit andauerte und im Nachlaß oder Verschwinden von Schmerzen, diffusen oder knötchenförmigen Infiltraten, in Heilung von Ulzerationen und in Verkleinerung oder Verschwinden von Drüsenschwellungen bestand. Wenn auch die Mehrzahl der Pat. schließlich dem Krebsleiden erlegen ist, so finden sich doch unter jenen Fällen einige wenige, die seit der vor 4—8 Jahren vorgenommenen Kastration noch in Wohlbefinden leben. Bemerkenswert ist auch, daß bei drei Frauen ein inoperables Karzinom nach Entfernung der Ovarien kleiner und beweglicher geworden war und schließlich operiert werden konnte. Auch M. war in drei Fällen von der Oophorektomie so befriedigt, daß er dieselbe wenigstens bei noch regelmäßig menstruierten Frauen, im Alter von 40—47 Jahren, sofern noch nicht innere Metastasen bestehen, empfehlen kann. Er hält die Operation für ein vortreffliches Palliativmittel, welches, ohne wesentliche Gefahren zu bringen, die Leiden zu lindern und das Leben zu verlängern, wenn auch nicht Heilung zu schaffen vermag. **Kramer** (Glogau).

---

22) **L. W. Allen.** The etiology and treatment of external biliary fistula, with a report of a case of one due to stricture at the neck of the gall-bladder.

(Amer. journ. of surgery 1905. July.)

Übersicht über die Ursachen einer Gallenblasenfistel, die A. einteilt in

A. nichtoperative

I. durch spontane, eitrige Perforation entstandene, durch 1) einfach katarrhalische Prozesse, 2) Steine in den Gängen.

Diese können spontan ausheilen.

II. Traumatische (Schuß usw.); sie bleiben bestehen, da viel von der Gallenblasenwand verloren gegangen ist, und sind nur durch Operation zu heilen.

B. postoperative durch

I. Fehler in der Technik: 1) Vernähung der Gallenblase mit der Haut, wie es früher üblich war; 2) durch zu tiefe Naht des Fundus, so daß im Choledochus ein Hindernis für den Abfluß der Galle entsteht (durch Faltung etwa? Ref.).

II. Schädigungen in den Gängen:

1) Steine,

2) Stenosen infolge Entzündungen mit und ohne Steine a. im Gallenblasenhals, b. im Cysticus, c. im Choledochus.

3) Kongenitale Sanduhrform der Gallenblase, die wegen Cholelithiasis operiert und dadurch in ihrer einen Hälfte eröffnet ist.

4) Geschwülste, darunter speziell Hypertrophie oder bösartige Geschwülste des Pankreas.

5) Verwachsungen.

Im Anschluß daran teilt A. einen Fall von Nr. B II 2a mit unter Beifügung eines instruktiven Bildes. Im Halse fand sich 7 Monate nach Cholecystostomie durch Steine bedingt eine Striktur, darunter noch ein kleines Stück der Blase, so daß eine Art Sanduhrform herauskam, deren eine Höhlung aber um vieles kleiner als die andere (äußere) war.

Goebel (Breslau).

---

23) **A. Stieda.** Die akzessorischen Gänge am Penis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Verf. gibt eine ausführlichere Literaturzusammenstellung über die akzessorischen und paraurethralen Gänge am Penis. Ursache zu seiner Studie ward ihm die Beobachtung eines Falles, bei dem es sich um zwei akzessorische Gänge an der unteren Fläche des Penis handelte, die, mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet, den Charakter der Epidermis darboten. Diese Gänge waren einer gonorrhoischen Infektion anheimgefallen, während die Harnröhre gesund geblieben war. Eine derartige Infektion ist bisher von vielen Forschern geleugnet worden, doch hat schon Touton das Vorkommen einer solchen in derartigen Gängen bewiesen. In dem S.'schen Falle hatten beide in der Haut an der Unterfläche des Penis gelegene Gänge auch eine hintere Öffnung. Da es sich auch nach dem mikroskopischen Befund um reine Hautgänge handelt, ist der Name »paraurethral« für sie falsch, und es ist zweckmäßiger, sie Ductus cutanei penis zu benennen. Verf. unterscheidet vier Arten von akzessorischen Gängen: 1) Ductus paraurethrales, welche mit der Harnröhre und deren Mündung in Verbindung stehen; 2) Ductus praeputiales; 3) Ductus dorsales; 4) Ductus cutanei. Die Namen kennzeichnen klar die nähere Beschaffenheit und den Sitz der Gänge. Die Ductus paraurethrales bei Frauen sind länger bekannt; sie hießen früher Morgagni'sche Gänge. Einige Forscher haben aber auch auf ähnliche Gänge bei Männern aufmerksam gemacht. S. sieht sie als normale Gebilde an. Die Ductus praeputiales sind dagegen pathologische Gebilde und dürfen nicht als paraurethral bezeichnet werden. Die Ductus dorsales penis sind wohl meist als epispadische Bildungen anzusehen, sind also Hemmungsmißbildungen. Bezüglich der Ductus cutanei schließt sich S. der Wechselmann'schen Anschauung an, der sie aus Bildungsanomalien der Entwicklung an Genitalhöcker und Genitalrinne erklärt, wie dies im einzelnen näher geschildert ist. Dagegen hält S. die Ductus paraurethrales im Gegensatze zu Wechselmann, wie schon oben erwähnt, für normale Gebilde.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

24) **A. Rothschild.** Über eine besondere Drüsenformation in der Prostata.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 522.)

Die Resultate der Arbeit sind folgende. Es gibt in der Prostata bei Leuten mittleren Alters außer der bekannten Form der Drüsen-

substanz mit den reichlich gefalteten, vielförmigen Drüsenlichtungen und mehr oder weniger reichlicher Zwischensubstanz noch eine besondere, nach dem adenomatösen Typ sich darstellende Drüsenformation. Dieselbe besteht aus größeren und kleineren Gruppen von, im Querschnitt gesehen, dicht beisammenliegenden, auffallend kleinen, mehr oder weniger einfach kreisrunden und gefalteten Drüsenlichtungen von im übrigen gleicher epithelialer Zusammensetzung und gleichem Inhalt, wie die gewöhnliche Drüsensubstanz, aber so klein, daß in manchen fast gar keine Lichtung erkennbar ist, und ausgezeichnet durch das Zurücktreten der zuweilen kaum sichbaren Zwischensubstanz. Ob es sich hierbei um eine Neubildung handelt, ob bzw. wieweit diese Bildungen histogenetisch mit der Prostatahypertrophie etwas zu tun haben, oder ob diese Drüsenformation häufiger als die gewöhnliche Drüsenanordnung der Prostata die Neigung hat zu entarten, um die festzustellen, sind nach Meinung des Verf. weitere derartige Untersuchungen notwendig. **Doering** (Göttingen).

25) **Englisch.** Über spontane Zertrümmerung der Harnsteine in der Blase.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Die Arbeit enthält eine umfangreiche und ausführliche Monographie über die spontane Zertrümmerung der Harnsteine in der Blase. In erschöpfender Weise sind aus der Literatur alle die Versuche zusammengestellt, die man außerhalb des menschlichen Körpers gemacht hat, um diese Steine zur Auflösung zu bringen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß man imstande ist, dieses Ziel auf verschiedene Art durch eine Reihe von Mitteln zu erreichen. Am günstigen scheint die Wirkung des galvanischen Stromes zu sein. Auch innerhalb des menschlichen Organismus wirken verschiedene Mittel auf derartige Steine (Lithotriptika) und rufen solche Veränderungen hervor, welche eine Verkleinerung oder einen Zerfall derselben bewirken. Wenn man aber die Teile, in welche ein Stein unter Anwendung dieser Lithotriptika zerfällt, betrachtet, so gleichen dieselben mehr den Bruchstücken nach der Steinzertrümmerung; und es fehlen ihnen jene Eigenschaften, welche charakteristisch für die spontane Steinzertrümmerung sind. Lösung der Steine und spontane Zertrümmerung sind aber verschiedene Dinge. Die Lösung wurde bei allen Arten von Steinen beobachtet, am häufigsten bei harnsauren, am seltensten bei Oxalaten. Für die spontane Zertrümmerung ist das wichtigste Kennzeichen, daß sich die Bruchstücke wieder zu einem oder mehreren Steinen zusammensetzen lassen. Außerdem gibt Civiale als Charakteristika dafür an, daß die Bruchstücke hart, von derselben Form sind, verschiedene Größe besitzen, und daß der Bruch immer dieselbe Regelmäßigkeit zeigt. Ferner sind die Bruchstücke stets konzentrisch und radiär gestreift; die Streifung geht immer vom Kern aus, zieht gegen die Oberfläche hin und überschreitet nicht die Stelle, wo der lamellöse Bau aufhört. — Neben

einer Zusammenstellung vieler Fälle aus der Literatur beschreibt Verf. auch eine Reihe von einschlägigen Präparaten aus verschiedenen Wiener Museen und klinischen Instituten. Es geht aus dieser Übersicht hervor, daß Spontanfrakturen am häufigsten zwischen 60 und 75 Jahren vorkommen, jedenfalls daß das höhere Alter am meisten dabei beteiligt ist. In einzelnen Fällen waren die Bruchstücke noch durch zwischengelagerte Substanzen oder Auflagerungen zusammengehalten. Zu den Dispositionen, welche die Spontanzertrümmerung begünstigen, gehört neben dem selbständigen Verhalten des Kernes zu den folgenden Schichten vor allem die radiäre Anlage von Spalten, welche häufig beobachtet wurden. Schon die kleinsten Steine sind segmentiert. Diese Anlage ergibt sich aus der künstlichen Steinbildung und aus den Dünnschliffen der kleinsten Konkremente. Sie ergibt, daß der Kern der Harnsteine immer durch eine lockere Schicht aus harnsaurem Ammoniak oder durch eine schleimige Flüssigkeit von den übrigen Schichten getrennt wird und beim Schneiden leicht ausfällt. Von dieser Schicht gehen jene radiären Furchen und Sprünge aus; allerdings können sie auch von einer entfernteren Schicht um den Kern ihren Ausgangpunkt nehmen. Der Kern zerfällt nur in den allerseltensten Fällen neben den anderen Schichten. Die spontane Zertrümmerung erfolgt fast nur in der Harnblase. Eine solche von Konkrementen in Nierenbecken und Harnleitern ist nur selten beschrieben worden. Was die mechanischen Einflüsse betrifft, welche das Ereignis herbei führen könnten, so ist zu bemerken, daß nach den Experimenten E.'s zur Zertrümmerung festgefügter Steine eine so große Gewalt erforderlich ist, wie sie in der Blase nicht auf die Steine wirken kann. Um durch mechanische Gewalt eine Zertrümmerung zu erzielen, gehört daher jene oben beschriebene Veränderung des Steines durch Zerklüftung in Risse und Sprünge dazu. Die chemische Einwirkung läßt sich durch Auflösung der in den Spalten eingelagerten Substanzen ohne Volumsänderung erklären. Am meisten ausgebildet ist die chemisch mechanische Theorie. Sie kommt nach Heller's Ansicht nur bei harnsauren Steinen vor, die ja überhaupt in erster Linie spontan zerfallen, und geht von einer Schicht harnsaurem Ammoniak aus. Auflösung der verbindenden Substanz, Veränderungen des Volumens und Gasentwicklung zertrümmern den Stein.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

26) **A. Carli.** Über die Harnleiterhernie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

C. glaubt, daß Harnleiterhernien häufiger seien als aus der Literatur hervorgeht, da der Harnleiter bedeutende Lageveränderungen zuläßt. Man versteht unter Harnleiterhernie den Vorfall des Harnleiters durch eine Bruchpforte gemeinsam mit Darm oder Netz, aber außerhalb des Bruchsackes. Man hat zu unterscheiden zwischen einfachen derartigen Brüchen und solchen, die mit Blasenbruch kombiniert sind. Letztere stellen eine akzessorische Form der Blasen-

hernien dar. Diese Einteilung in zwei Gruppen gilt sowohl für die crurale wie für die inguinale Varietät. Im ganzen stellt Verf. mit zwei eigenen Fällen elf zusammen. Betreffs des Alters war am meisten die Zeit zwischen 4. und 6. Dezennium betroffen. Die cruralen Hernien fanden sich beim weiblichen, die inguinalen beim männlichen Geschlecht. Für die Pathogenese kommen vornehmlich in Betracht die Länge des Harnleiters, die Richtung, die er im subperitonealen Gewebe erfährt, die geringe Elastizität seiner Wandung u. a. m. Bei den mit Blasenbruch kombinierten Fällen ist es wohl nicht zweifelhaft, daß die Blase den Harnleiter ins Bruchgebiet zieht. Der hernierte Harnleiter bewahrt seine Beziehungen zum Bauchfell. Er liegt deshalb unterhalb des Bruchsackes, mit welchem er verwachsen ist. In fast allen Fällen ist sein Aussehen ein normales, bei einzelnen Pat. war er allerdings verändert, verengt, cystisch erweitert oder verdickt. Die Symptome für eine eventuelle Diagnosestellung sind nur spärlich. Hier und da bestanden einmal Harnbeschwerden oder Leibschmerzen. Gegebenenfalls treten natürlich die Beschwerden des Blasenbruches in den Vordergrund. Die Unterscheidung von einer Hernie des Ligamentum rotundum ist dadurch möglich, daß das letztere viel fester mit dem Bruchsack verwachsen ist als der Harnleiter und sich nur mühsam vom Bruchsack lösen läßt. Die Prognose der Harnleiterhernie ist eine günstige. Die Therapie besteht in der Reposition. Ist der Harnleiter verletzt worden, so kann man eine Uretero-Cystoneostomie oder die Uretero-Ureteralanastomose vornehmen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

27) **P. Wagner.** Die Fortschritte der Nierenchirurgie im letzten Dezennium.

(Berliner Klinik Hft. 204.)

W. gibt in seiner Arbeit eine gute Übersicht über den jetzigen Stand der Nierenchirurgie. Er bespricht nacheinander die chirurgische Behandlung der Nierenverletzungen, der Wanderniere, der Sackniere, der pararenalen Eiteransammlungen, der Steinerkrankung der Niere, der Neubildungen, der Infektionsgeschwülste (Syphilis, Aktinomykose, Tuberkulose), der Cystengeschwülste, des Morbus Brightii. Am Schluß ist auch die Harnleiterchirurgie berücksichtigt. **Neck** (Chemnitz).

28) **Bozzi.** Sui criterii conservatorii negli interventi par rene idronefrotica.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905. Nr. 79.)

B. hat experimentell festgestellt, daß Hydronephrose sich zuerst wesentlich mit interstitiellem Ödem und später mit interstitieller Wucherung entwickelt. Wenn das Hindernis verschwunden ist, bleibt die hydronephrotische Niere noch funktionstüchtig und ist in der Lage, bei Erkrankung oder Entfernung der anderen Niere deren Funktion

mit zu übernehmen, indem die Malpighi'schen Körperchen hypertrophieren, die gewundenen Kanäle sich erweitern und neue Gefäßschlingen in den Glomeruli sich bilden. Ein operativer Eingriff bei Hydronephrose ist deshalb um so mehr angezeigt, als es nicht bloß gilt, persistierende Gewebsveränderungen, sondern auch die Infektion zu verhüten. **Dreyer** (Köln).

29) **E. Glaser.** 100 Fälle funktioneller Nierendiagnostik.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Verf. versucht die Einwände zu widerlegen, welche in jüngster Zeit besonders gegen die Stichhaltigkeit der funktionellen Nierenprüfung gemacht worden sind. Er untersuchte deswegen 100 neue Fälle aus Casper's Material und stellt die erhaltenen Werte in tabellarischer Übersicht zusammen. Er ist auf Grund der erhaltenen Ergebnisse der Ansicht, daß die funktionelle Nierendiagnostik ein unschätzbares Hilfsmittel zur Beurteilung von Nierenkrankheiten ist; allerdings dürfe man nicht einseitig den Gefrierpunkt oder Harnstoff- und Zuckergehalt allein beachten, sondern man müsse stets die ganze Reihe dieser Faktoren vergleichen und auch das gesamte übrige klinische Krankheitsbild mit in Betracht ziehen, um Irrtümer zu vermeiden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

30) **F. Gardner.** Fistules rénales consécutives à la néphropexie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 8.)

Abgesehen von vereinzelten Beobachtungen, wo bei der Nephropexie durch nicht resorbierbare infizierte Seidenfäden eine kleine eiternde Fistel entstand, die durch geeignete Maßnahmen rasch heilte, finden sich in der Literatur keine Fälle von wirklichen Nierenfisteln nach der Nephropexie. Verf. teilt nun ausführlich drei Beobachtungen mit, in denen sich im direkten Anschluß an eine sachgemäß ausgeführte Nephropexie eine wirkliche Urin- resp. Urin-Eiterfistel der Niere entwickelte, die trotz der verschiedensten therapeutischen Eingriffe nicht zur Heilung gelangte. Bei zwei Kranken wurde deshalb die Nephrektomie vorgenommen. Der dritte Kranke blieb ungeheilt.

Wenn im Anschluß an eine operative Nierenfixation eine Urinfistel entsteht, so muß ein Nierenkelch durch eine der parenchymatösen Nierennähte verletzt worden sein. Aber auch unter diesen Umständen wird eine bleibende Nierenfistel nur dann sich entwickeln, wenn außerdem noch eine Infektion vorliegt. Man soll deshalb stets nur vollkommen gesunde Nieren der operativen Fixation unterwerfen und dabei auf das peinlichste eine operative Infektion vermeiden. Außerdem soll bei der Nahtanlegung kein Nierenkelch verletzt werden. Durch eine Reihe topographisch-anatomischer Untersuchungen hat Verf. gefunden, daß sich fast ausnahmslos das distale Ende des mittleren Nierenkelches

am meisten dem konvexen Nierenrande nähert; die Entfernungen betrugen zwischen 10 und 23 mm. Man muß deshalb jedenfalls mit der Anlegung der mittleren parenchymatösen Naht sehr vorsichtig sein und das Nierengewebe hier möglichst oberflächlich fassen.

Paul Wagner (Leipzig).

31) **Tomaschewsky.** Zur Frage der Orchidopexie.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 21.)

Das Longard'sche Verfahren hat T. durchaus bewährt gefunden, aber eine kleine Modifikation in der Fixation der Hodenskrotalnähte am Oberschenkel angebracht. Wenn man nach Longard die langgelassenen Enden der Fäden, welche den Hoden an den Schlitz der Skrotalhaut befestigen, mit Heftpflaster an die innere Fläche des Oberschenkels festklebt, so verschiebt sich die Haut vermöge ihrer Elastizität mit dem Pflaster zusammen leicht nach oben und der Zug am Hoden hört auf. Deshalb bindet T. die Fadenenden an einen langen Steigbügel von weicher Marly und legt diesen um die entsprechende Sohle. Das Bein wird in Abduktion gelegt, der Kranke wird angewiesen, durch Regulierung der Abduktion selbst die Spannung am Hoden in einer wünschenswerten Höhe zu halten. T. ist 6mal mit bestem Erfolg in dieser Weise vorgegangen. Für Fälle, in denen der Samenstrang sehr kurz ist, hält er Bevan's Vorschlag, die Gefäße des Samenstranges zu durchtrennen, der Berücksichtigung für wert.

Haeckel (Stettin).

32) **Dowden.** Recurring torsion of the spermatic cord, with an account of five cases.

(Brit. med. journ. 1905. April 29.)

Auf Grund von fünf Fällen, über die genauer berichtet wird, bespricht Verf. Pathologie und Therapie der rezidivierenden Drehung des Samenstranges. Ätiologisch wichtig ist die Art, wie der Hode frei in der Tunica vaginalis hängt, vergleichbar dem vom Perikard umschlossenen Herzen; weiterhin eine gewisse Breite und Flachheit des Samenstranges, ferner eine Trennung des Vas deferens von den Gefäßen, so daß das erstere in dem einen Rande des Mesorchiums, die letzteren entfernt davon im anderen verlaufen. Unter den auslösenden Ursachen spielen Anstrengungen allerart eine Rolle; zuweilen genügt bereits einfaches Übereinanderschlagen der Beine. Die Erscheinungen des Anfalles selber sind meist typisch: plötzlicher Hodenschmerz, mit oder ohne erkennbare Ursache, weithin ausstrahlend, Übelkeit, Erbrechen, Kollaps, Blässe, Schweißausbruch, Empfindlichkeit und Schwellung des Hodens. Oft verschwinden alle Symptome so schnell, wie sie gekommen waren, wieder, um nach Wochen oder Monaten wieder aufzutreten. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die Epididymitis, eingeklemmter Bruch, hämorrhagischer Hodeninfarkt, Embolie der Spermatica, Appendicitis im Bruchsack. Bei oft

wiederholten Anfällen ist Atrophie des Hodens das Ergebnis, wenn nicht operativ eingegriffen wird. Im Anfalle muß man versuchen, durch entsprechende Handgriffe eine Rückdrehung zu erreichen; gelingt das nicht, so muß der Hode operativ fixiert werden durch Exzision des parietalen Blattes der Tunica vaginalis und Befestigung des Hodens an die Tunica dartos und die Haut des Hodensackes, nachdem die viscerale Tunica vaginalis des Hodens und Samenstranges durch Abschaben wund gemacht worden ist. In den fünf so operierten Fällen trat kein Rückfall ein. — Zum Schluß folgen ausführlich die fünf Krankengeschichten. **W. Weber** (Dresden).

---

33) **Pankow.** Zur operativen Behandlung des Uteruskarzinoms.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1905. Nr. 8.)

Die Operabilität des Gebärmutter hat ganz beträchtlich zugenommen; nach den Berichten verschiedener Operateure ist sie von 20% auf 40—60% gestiegen. Nach P. ist dies nicht nur dadurch bedingt, daß die Fälle frühzeitiger zur Operation kommen; ganz wesentlichen Anteil hat daran die Verbesserung der Technik und die Vervollkommnung unserer Kenntnis von der Ausbreitung des Krebses im Beckengewebe. In letzterer Hinsicht ist die Tatsache von außerordentlicher Wichtigkeit, daß eine Infiltration der Parametrien, welche die Beweglichkeit des Uterus völlig aufhebt, rein entzündlicher Natur oder durch die Vorbuchtung der stark verdickten karzinomatösen Cervix vorgetäuscht sein kann. Andererseits hat die pathologisch-anatomische Untersuchung auch ergeben, daß klinisch als beginnend und prognostisch als relativ günstig erscheinende Fälle eine Ausbreitung des Karzinoms aufwiesen, daß an eine Radikaloperation nicht mehr zu denken war.

Diese Unsicherheit in der klinischen Beurteilung muß uns stets zu ausgiebigster Entfernung von Uterus und Parametrien veranlassen. Ist der Harnleiter in die Infiltration einbezogen, so ist seine Resektion und Einpflanzung in die Blase das beste und sicherte Verfahren. Selbst weitgehende Infiltration der Parametrien, solange noch keine Metastasen in anderen Organen vorliegen, spricht nicht unbedingt gegen Operabilität.

Technisch kann diesen Anforderungen, wenigstens beim Collumkarzinom, nur durch die abdominelle Radikaloperation genügt werden, wie wir sie vor allem Wertheim verdanken. Ihre primäre Mortalität ist nicht größer als bei der vaginalen Methode, ihre bis jetzt vorliegenden Dauerresultate sind besser, die Operabilitätsziffer ist mit der fortschreitenden Ausbildung ihrer Technik mehr und mehr gestiegen.

Gutzelt (Neidenburg).

Kleinere Mitteilungen.

I.

(Aus der kgl. chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau. Direktor: weiland Prof. Dr. v. Mikulicz-Radecki.)

Klinische Beobachtungen über Glykosurie nach Äthernarkosen.

Von

Cand. med. **Rudolf Röhricht.**

Daß nach Äthernarkosen Glykosurie auftreten kann, ist bekannt. Um zu sehen, wie häufig dies der Fall ist, habe ich die folgenden Untersuchungen angestellt.

Ich habe die Urine von 100 in Äthernarkose operierten Pat. auf Zuckerausscheidung untersucht, und zwar 53 Männern und 47 Frauen. 12 davon, 8 Männer und 4 Frauen, zeigten spontane Glykosurie. Die höchste Zuckerausscheidung betrug 1% im Polarisationsapparate.

Was die Krankheiten und Operationen anlangt, nach denen die Glykosurie auftrat, so verteilten sich die Fälle folgendermaßen:

Strictura urethrae gonorrhoica	(Urethrotomie)	1	von	1	Fall,
Osteomyelitis	(Sequestrotomie)	2	»	3	Fällen,
Struma	(Resektion)	1	»	8	»
Cholelithiasis	(Cholecystostomie)	1	»	3	»
Elephantiasis	(Exzisionen)	1	»	2	»
Carcinoma vulvae	(Resektion)	1	»	2	»
» ventriculi	(Gastroenterostomie)	2	»	9	»
Hernia epigastrica	(Radikaloperation)	1	»	5	»
Pseudarthrosis cruris	(Naht)	1	»	1	Fall,
Varices	(Exstirpation)	1	»	8	Fällen.

Das Lebensalter dieser 12 positiven Fälle schwankte zwischen 11 und 60 Jahren. und zwar kamen auf das Alter

zwischen	5—10	Jahren	0	unter	9	Fällen,
»	11—20	»	1	»	22	»
»	21—30	»	3	»	17	»
»	31—40	»	3	»	22	»
»	41—50	»	3	»	16	»
»	51—60	»	2	»	11	»
»	61—70	»	0	»	3	»

Ich möchte mir hieraus mit Rücksicht auf die doch immerhin geringe Zahl von Fällen keinen bestimmten Schluß erlauben; doch scheint es, als ob das zunehmende Alter eine gewisse Disposition zum Auftreten der Narkosenglykosurie abgäbe.

Zwei Momente sind es nun, die man zur Erklärung für die Auslösung der Glykosurie heranziehen könnte: die Operation und die Äthernarkose. Um zu sehen, welches von beiden mehr Wahrscheinlichkeit für sich hat, habe ich weiterhin einerseits Pat. untersucht, die nur eine Operation oder ein Trauma, andererseits solche, die nur eine Äthernarkose hinter sich hatten.

Unter 9 Fällen von größeren Operationen, die in lokaler Anästhesie ausgeführt wurden, befand sich nur ein positiver Fall, ein 36jähriger Pat., bei dem wegen einer Ösophagusstenose die Gastrostomie angelegt wurde. Von 22 Unfallverletzten, unter denen sich keine Schädelverletzung und aus bestimmten Gründen auch keine Fraktur befand, zeigte kein einziger spontane Glykosurie. Demnach scheint also

das Trauma, das operative eingerechnet, beim Zustandekommen der Zuckerausscheidung keine erhebliche Rolle zu spielen.

Demgegenüber zeigten von 6 Pat., an denen nur eine Narkose vorgenommen worden war, 2 spontane und 1 alimentäre Glykosurie. Daher möchte ich auch bei den 12 positiven Fällen unter meinen 100 Operierten in der Äthernarkose das die Glykosurie auslösende Moment erblicken.

Was die Art der Glykosurie betrifft, so stand ihre Intensität und Dauer jedenfalls in keinem Verhältnis zur Narkosenlänge und dem verbrauchten Ätherquantum.

Zur Erklärung der Narkosenglykosurie möchte ich die individuelle Disposition heranziehen, namentlich mit Rücksicht auf das obenerwähnte unregelmäßige Verhalten derselben. Im übrigen kann ich an dieser Stelle auf ihre Entstehung, wie überhaupt auf alle Einzelheiten, nicht näher eingehen, muß in dieser Beziehung vielmehr auf eine erfolgende ausführliche Mitteilung hinweisen. Bereits jetzt wollte ich aber auf die Häufigkeit, mit der nach der Äthernarkose Glykosurie auftritt, aufmerksam machen, ein Vorkommnis, das allerdings nach der Chloroformnarkose noch häufiger zu sein scheint.

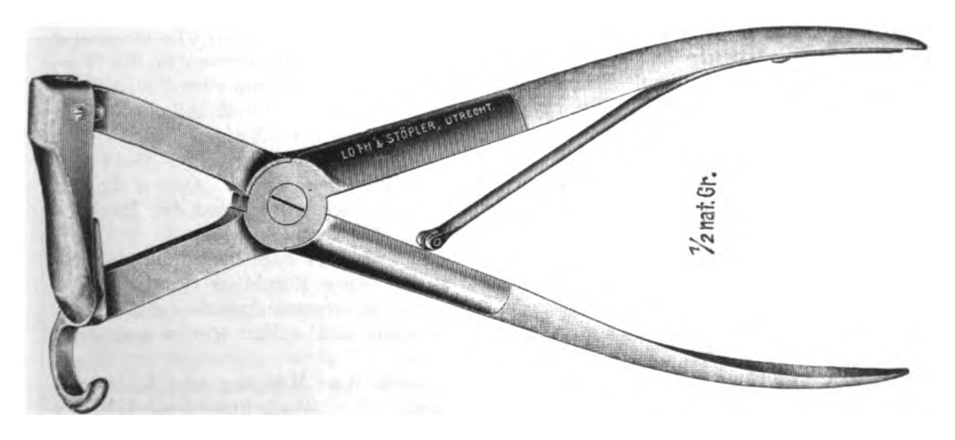
II.

Ein neues Modell einer Rippenschere.

Von

Dr. **J. Schoemaker** im Haag.

Wenn man bei der Resektion einer Rippe das Raspatorium von Doyen anwendet, um die Rippe an der Innenseite von seinem Periost zu befreien, dann wird man die Überzeugung haben, daß dieses Instrument auf ideale Weise seinem Ziele nahekommt. Mit seiner hakenförmigen Krümmung läßt es sich sehr leicht einführen, es legt sich an die Rippe genau an und schiebt die Weichteile schön ab. Wenn man nun aber genötigt ist, das Instrument wieder herauszunehmen, um die eine Branche einer Rippenschere unter die Rippe zu bringen, dann fühlt man den Unterschied zwischen beiden Instrumenten und bedauert es, daß man das Raspatorium nicht konnte liegen lassen, um es als Scherenhälfte zu benutzen.



Um das zu erreichen, ließ ich mir eine Rippenschere anfertigen, welche zu gleicher Zeit als Raspatorium zu verwenden ist. Die Abbildung wird besser als jede Beschreibung deutlich machen, welche Form das Instrument bekommen hat.

Will man nun eine Rippe resezieren dann durchschneidet man die Weichteile bis auf den Knochen und schiebt das Periost an der Außenseite ab, wie man das

wohl immer macht, braucht es aber nicht so ausgiebig zu tun. Nur an einer ganz kleinen Stelle gehe man an dem oberen und unteren Rande der Rippe genauer vor. Ist das getan, dann wird sofort die Schere genommen und die hakenförmige Branche eingebracht und um die Rippe geführt — was viel leichter zu machen ist, als das Einbringen einer gewöhnlichen Schere —, das Instrument wird der Rippe entlang geschoben, durch welche Bewegung das Periost bei Seite gedrängt wird, und dann kneift man die beiden Enden zusammen, wodurch das guillotineartig aufgestellte Messer die Rippe durchschneidet. Man öffnet das Instrument wieder, läßt aber den hakenförmigen Teil unter der Rippe, zieht es dann der Rippe entlang bis zu der Stelle, wo der zweite Schnitt liegen soll, und kneift wieder zu: die Rippe ist dann reseziert, Die Vorteile sind: Viel leichteres Einführen, was speziell bei tiefliegender Rippe deutlich zu empfinden ist, Fortfallen eines Instrumentes, glattes und leichtes Durchschneiden der Rippe. Ich ließ zwei Modelle anfertigen, eins für Erwachsene, ein kleines für Kinder, welche von der Firma Loth und Stöpler in Utrecht fabriziert werden und im Medizinischen Waarenhause in Berlin zu bekommen sind.

---

34) **Lambotte, Hermann** et **van Havre.** Compte-rendu des opérations faites dans le service de chirurgie du Dr. Lambotte à l'hôpital Stuyrenberg.

Anvers, **J. E. Buschmann,** 1904. 179 p.

Bericht über die in den Jahren 1901—03 ausgeführten Operationen nebst vorhergehender Besprechung der Desinfektion, technischer Besonderheiten u. dgl. Wasser kommt nur zur Verwendung, das unter Druck von 5 Atmosphären destiliert ist, mithin 159° erreicht hat. Statt der Watte werden bei den Verbänden oft Handtücher benutzt. Verbandsstoffe werden 1 Stunde lang unter Druck von 2 bis 4 Atmosphären sterilisiert. Das Kochen der Instrumente geschieht in Boraxlösung, wobei 106° C erreicht wird. — Zur Blutstillung sind die Doyen'sche und eine modifizierte Roux'sche Angiotriebe viel angewendet worden. Doch wurde zur Sicherheit in die Quetschfurche noch eine feine Seidenligatur gelegt. Oft wurden auch die Aluminiumligaturen nach L. verwendet, besonders bei schnell auszuführenden intraabdominalen Eingriffen. Zum Verschluß der Bauchhöhle kam ferner vielfach umschlungene Naht zur Anwendung, wegen ihrer Einfachheit, Schnelligkeit, Sicherheit und Fehlen von Nekrosen sehr empfohlen. Als wichtig gilt, bei allen Operationen nur mit einem Assistenten auszukommen. In trockener Hitze sterilisiert wird auch die Borsäure, die Verff. zum Einstreuen in die Verbände benutzen, um die Sekrete zu desinfizieren. Wasserstoffsuperoxyd wird mit 10%iger Natronlauge neutralisiert. Bei Erysipel wenden Verff. Alkohol- oder Kampfer-Alkoholverbände an, häufig erneuert, ohne undurchlässigen Stoff. Von der Rückenmarksanästhesie mit 3 cg Cocain. hydrochl. wird ausgiebiger Gebrauch gemacht, häufig auch bei vaginalen gynäkologischen Operationen. Gegen danach auftretende Kopfschmerzen, die ebensogut nach einfacher Punktion des Rückenmarkes auftreten können, wird eine Dosis Phenacetin verabfolgt.

Aus den Operationsberichten ist zu erwähnen, daß 17 Saphenektomien ausgeführt worden sind, alle mit gutem Resultat. Bei einer Resektion des Ellbogens wegen Ankylose ist die Wundhöhle mit Paraffin ausgegossen worden mit gutem funktionellen Erfolg, obwohl ein Teil des Paraffins sich später wieder entleerte. Die Beobachtungsdauer ist allerdings sehr kurz.

Bei Knochenbrüchen ist von der Naht nach der Methode von L. 38mal Gebrauch gemacht worden, mit einem Todesfall. (Bezüglich des L.'schen Verfahrens vgl. dieses Blatt 1903 p. 59). Vor Anlegung des L.'schen Apparates wird auf genaue Anpassung der Bruchenden großer Wert gelegt. Beim Oberschenkel macht sich wegen der starken Absonderung in der ersten Woche täglicher Verbandwechsel notwendig. Außerdem ist am Humerus und Radius bei Anlegen des Apparates Vorsicht geboten wegen Verletzung des Nervus radialis. Daß andererseits mit dem L.'schen Fixateur in geeigneten Fällen gute Resultate

erzielt werden können, beweisen die beigegebenen nach Röntgenographien angefertigten Skizzen eines doppelten Bruches beider Unterschenkelknochen. Hervorzuheben wäre noch, daß bei einem Oberschenkelbruch eines 8tägigen Kindes auch die Knochennaht angewendet worden ist mit tödlichem Ausgang, ebenso bei einem Manne mit Wirbelsäulenbruch. Hier heilte zwar die Operationswunde, der Tod trat aber nach 6 Wochen an Erschöpfung ein.

Von Schädeloperationen wird über 36 Fälle berichtet; 5mal ist wegen Apoplexie operiert worden. Bei einem dieser Fälle trat nach Ausräumung der Blutgerinnsel und Drainage schnelles Verschwinden der Lähmungen und Heilung ein. Bei Apoplexien in nicht zu hohem Alter halten Verff. chirurgisches Eingreifen innerhalb der ersten 24 Stunden deshalb für angezeigt.

Operationen an der Wirbelsäule sind 7 ausgeführt worden, darunter eine Hemisektion der Cauda equina wegen Schmerzen infolge Schenkelsarkom. Die betreffende Kranke starb an Meningitis. Trotzdem wird die Operation empfohlen bei sonst nicht beeinflußbaren neuralgischen Schmerzen der unteren Gliedmaßen. Ferner wurde eine Laminektomie 5 Monate nach einer Wirbelfraktur ausgeführt und die vorstehende Spitze des gebrochenen Wirbelkörpers abgemeißelt. Man hatte nachher den Eindruck, dem Kranken genutzt zu haben. Bei einem später beobachteten Falle soll das Resultat besser gewesen sein — Zwei Fälle von Pott-scher Kyphose wurden auch operativ angegriffen. Der eine Kranke davon ist auf dem Wege der Heilung, der andere ist 5 Tage nach der Operation an Meningitis gestorben.

Wegen vom Ohr ausgehender Erkrankungen wurden 8 Trepanationen gemacht.

Von den 19 Empyemoperationen ist eine bemerkenswert, bei der wegen Bildung von Pleuraknochen die ganze vordere Thoraxwand reseziert wurde. Nach Thiersch-scher Transplantation auf Herzbeutel und Zwerchfell trat Heilung ein.

Nach einer Bauchkontusion war bei einem 42jährigen Mann in der linken Bauchseite eine retroperitoneale Cyste entstanden, die nach Inzision ausheilte. 1 Jahr später hatten sich bei dem Betreffenden epileptiforme Anfälle mit einer Aura visceralis eingestellt, die nach Relaparotomie und Lösung der Verwachsungen verschwanden!

Von Magenoperationen ist eine wegen Blutung als dringlich ausgeführte Pylorusresektion zu erwähnen. Die Untersuchung des resezierten Stückes ergab eine Schleimhauterosion mit einer klaffenden Vene. Es trat Heilung ein. Bei Magengeschwür ist bisweilen die Magenfaltung mit Versenkung der Geschwürsstelle ausgeführt worden. Einmal hatte sich nach einer Pylorusresektion eine ulzerierende Geschwulst im Antrum pyloricum entwickelt. Ihre Entstehung wurde der Schleimhautschädigung durch die bei der ersten Operation angelegten Doyen'schen Klemmen zugeschrieben. Bei demselben Falle wurde die nun mittels Knopf angelegte Gastroenterostomie später wieder so eng, daß sie nicht mehr funktionierte. — Eine totale Exstirpation des Magens, verbunden mit Kolonresektion, endete tödlich.

Bei einer Wurmfortsatzoperation wurde der Blinddarm unter der Leber gefunden, das Colon ascendens fehlte ganz. Hinter dem Blinddarm war ein Abszeß, der auf Drainage heilte. Eine allgemeine Peritonitis infolge Gangrän des Processus vermiformis heilte auf drei Inzisionen hin (rechte und linke Fossa iliaca und Milzgegend) ohne Ausspülung der Peritonealhöhle.

Zur Operation kamen ferner zwei Perforationen bei Typhus, beide mit tödlichem Ausgang. Eine Duodenalperforation infolge Geschwüres führte auch 8 Tage nach der Operation durch Nekrose der Bauchwand den Tod herbei.

Bei einer Insufficientia ani eines 13jährigen Knaben wurde Paraffininjektion mit gutem Erfolg angewendet. Bei drei weiteren Fällen von Inkontinenz infolge früherer Fisteloperation wurde die Sphinkternaht nach Anfrischung der Narbe ausgeführt.

Unter vier Talma'schen Operationen sind zwei Fälle von Besserung zu verzeichnen; der eine davon kam fast einer Heilung gleich. — Eine Milzexstirpation wegen Hyperplasie endete tödlich durch Infektion des Bauchfelles, wahrscheinlich wohl infolge der Dauerklemmen.

Zur getrennten Urinuntersuchung kam der Harnscheider von Cathélin in Anwendung. Eine Gegenprobe mit dem Luys'schen ergab dasselbe Resultat. Wegen chronischer Nephritis wurde zweimal die Aushülsung der Niere ausgeführt, einmal einseitig, einmal doppelseitig in zwei Sitzungen. In beiden Fällen wurde die ausgeschiedene Eiweißmenge geringer. **E. Moser** (Zittau).

35) **A. Gemuseus.** Das Stovain, ein neues Lokalanästhetikum.
Inaug.-Diss., Bern, 1905.

Nach Besprechung der verschiedenen Ersatzmittel für das Kokain und Mitteilung eines Falles von Kokainvergiftung nach Injektion von 1 ccm 2%iger Lösung in das Zahnfleisch empfiehlt G. das Stovain als 3—4mal weniger giftig, und weil keine Begleiterscheinungen auftreten (bei Anwendung am Auge beobachtete Verf. aber Juckreiz, Lichtscheu und Tränenträufeln!).

Bezüglich der chemischen Zusammensetzung und der einzelnen Beobachtungen — 100 Fälle, davon 95 Zahnextraktionen — muß auf das Original verwiesen werden.

Besondere Vorzüge des Stovains sind aus den Mitteilungen nicht ersichtlich.
Grosse (Kassel).

36) **Bonachi.** Über die Rhachistovainisierung.
(Chirurgische Gesellschaft in Bukarest. Sitzung am 4. Mai 1905.)

B. gibt eine Übersicht von 23 in der Abteilung von Nanu mit Rhachistovainisierung operierten Fällen. Bei sechs trat keine vollständige Anästhesie auf, und mußte bei drei derselben zum Chloroform gegriffen werden. In einem Fall, einen Neurastheniker betreffend, traten im Verlaufe der Operation beunruhigende Symptome auf, wie: kalte Schweiße, Präkordialschmerz, Blässe, Erbrechen usw., welche später verschwanden. Auch in anderen Fällen waren derartige Erscheinungen, wenn auch in schwächerem Maße, zu beobachten. Wie es scheint, hat das Stovain bei subduraler Anwendung eine elektive Wirkung; so bleibt oft das Perineum empfindlich, was namentlich bei Hämorrhoidaloperationen, bei solchen wegen Harnabszessen und Rektovaginalfisteln ins Gewicht fällt. In einem Falle war die linke Seite des Dammes anästhetisch, die rechte aber sehr empfindlich.
E. Toff (Braila).

37) **P. Heresco** et **L. Strominger.** La rachistovainisation dans les maladies des voies urinaires.
(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 8.)

Verff. haben in zehn Fällen von operativen Eingriffen an den Harnorganen die Anästhesierung durch Injektion von Stovain in den Duralsack bewirkt. Wenn sie auch keinen Unglücksfall hierbei erlebt haben, so müssen die unangenehmen Begleiterscheinungen doch sehr gegen die »Rhachistovainisation« einnehmen. Diese Begleiterscheinungen bestanden in Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, Gliederschmerzen, zweimal in Erschlaffung des Sphincter ani, einmal in Myosis, einmal in erschwerter, schmerzhafter Atmung, einmal in Schlaflosigkeit.
Paul Wagner (Leipzig).

38) **F. B. de Walle.** Bijdrage tot de kennis der Gewrichtslichamen.
Diss., Amsterdam, 1905.

Diese Arbeit gibt nach allgemeinen Besprechungen über das Kapitel der Gelenkmäuse acht Krankengeschichten von Fällen, welche in der letzten Zeit in der Klinik von Prof. Lanz beobachtet wurden. Die operativ entfernten Körper sind zum Teil durch Photographien und Röntgenogramme wiedergegeben. Die Krankengeschichten werden durch makroskopische und mikroskopische Beschreibungen der entfernten Präparate vervollständigt. Diesem klinisch-anatomischen Teile der Arbeit schließt sich eine Reihe von Experimenten an, welche der Hauptsache nach bestanden in



traumatisch-operativer Erzeugung von Gelenkkörpern in dem Kniegelenke von Kaninchen und Untersuchung der Körper nach verschieden langer Zeit.

Auf Grund seiner klinischen Fälle und seiner Experimente kommt Verf. zu folgenden Resultaten:

1) Trauma ist die Hauptursache des Entstehens von Gelenkkörpern. Der Arthritis deformans muß als Ursache einiger Platz geräumt werden, während Osteochondritis dissecans (König) als Ursache nicht ausgeschlossen werden kann.

2) Gelenkkörper können an Größe zunehmen durch Apposition von Bindegewebe oder von Faserknorpel, nicht durch Neubildung von hyalinem Knorpel.

J. H. Zaaijer (Amsterdam).

39) **E. Schmiegelow.** Beiträge zur Pathologie der otogenen Hirnabszesse.

(Nord. med. arkiv Bd. XXXVII; III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 17.)

Die Statistik über operierte Fälle otogener Hirnabszesse, die aus Einzelbeobachtungen zusammengesetzt wird, liefert zu günstige Resultate. Dagegen ist es besonders wertvoll, die Gesamtstatistik eines hervorragenden Otologen, des Verf.s, in der vorliegenden Arbeit zu bekommen.

Verf. hat während der letzten 16 Jahre 19 im Anschluß an ein Mittelohrleiden entstandene Fälle von Hirnabszessen beobachtet; 9 von diesen sind schon veröffentlicht und werden in der anhangsweise beigefügten Kasuistik rekapituliert, die 10 anderen sind in der Literatur neu.

Wie vorsichtig man sein muß, wenn man die in der Literatur enthaltenen Mitteilungen einer Beurteilung der Prognose der Hirnabszesse zugrunde legen will, geht u. a. deutlich aus der Betrachtung dieser beiden Reihen von Fällen hervor. Von den ersten 9 starben 6, und 3 wurden geheilt (also jeder 3. Pat.). Dagegen von den 10 Pat. der zweiten Reihe 8, während nur 2 (also jeder 5. Pat. mit dem Leben davonkamen.

Die diagnostischen Schwierigkeiten sind oft so groß, daß z. B. unter den 19 Fällen 5mal die Diagnose nicht gestellt werden konnte. Bei den 14 übrigen Pat. gelang es Verf., den Hirnabszeß zu erkennen, und er leitete Versuche zu seiner Auffindung ein; aber nur in 9 Fällen gelang es ihm, ihn beim Lebenden zu entleeren. Unter diesen letzteren trat 5mal vollständige Heilung ein, während die Pat. in den übrigen Fällen starben, und zwar entweder weil gleichzeitig ein zweiter Abszeß vorhanden war, der nicht entleert wurde, oder weil daneben Meningitis bestand.

Somit hatte Verf. 26,8% Heilungen und 73,7% tödliche Ausgänge.

Hansson (Cimbrishamn).

40) **Glynn.** A case simulating intracranial tumour.

(Brit. med. journ. 1905. April 22.)

Ein 21jähriger Ingenieur bietet nach einem heftigen Stoß gegen den Scheitel mit leichter Gehirnerschütterung im Laufe der folgenden 5 Jahre das Bild zunehmenden Hirndruckes dar mit Kopfschmerzen, Gedächtnisschwund, Schwindel, Neigung nach vorwärts zu fallen, apathischem und kindischem Wesen, Abnahme der Sehkraft bis fast zu völliger Blindheit, Urininkontinenz, Krämpfen. Außerordentlich schnelle Besserung aller Symptome setzte ein mit dem Abfluß von klarseröser Flüssigkeit aus dem rechten Nasenloch und hielt an bei unaufhörlicher Absonderung bis zur völligen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Bei vorwärts geneigtem Kopf entleeren sich in einer Minute 1—5 Tropfen Zerebrospinalflüssigkeit. G. deutet den Fall als einen durch das Trauma erworbenen Hydrocephalus internus in dem Sinne, daß der Stoß gegen den Kopf eine leichte adhäsive Meningitis in der Nachbarschaft des 4. Ventrikels und des Kleinhirns hervorrief. Die sich bis zu hohem Druck ansammelnde Zerebrospinalflüssigkeit suchte sich schließlich, vom Arachnoidealraum abgesperrt, einen Ausweg entlang der Scheide des N. olfactorius.

W. Weber (Dresden).

41) **Clarke.** On some symptoms of cerebellar tumours.

(Bristol med. chir. journ. 1905. June.)

C. berichtet über zwei Fälle von Kleinhirngeschwulst, in denen vollständige Taubheit und ein sehr lästiges Ohrgeräusch die ersten und hervortretendsten Erscheinungen waren, welche den gewöhnlichen Symptomen der Kleinhirngeschwulst lange vorhergingen. Bei einem der Pat. gingen nach einer ausgedehnten Craniotomie Kopfschmerzen und Neuritis optica zurück, ebenso die Ohrgeräusche, während die Taubheit bestehen blieb; Pat. lebte noch mehr als 4 Jahre p. op. in leidlichem Wohlbefinden. (Mikroskopisch Fibrom.) **Mohr** (Bielefeld).

42) **E. Schatz.** Die Abkürzung der Nachbehandlung akuter Mastoideusoperationen durch Paraffinfüllung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

S. hat das von Politzer empfohlene Verfahren der Knochenplombierung mit Paraffin in drei Fällen schon am 11., bzw. 14. Tage nach der Aufmeißelung des Antrums angewandt und dadurch in kurzer Zeit bei ungestörtem Verlaufe völlige Heilung erreicht. In den ersten beiden Fällen, in denen die Dura der mittleren Schädelgrube und der Sinus freigelegt worden war, bestand zur Zeit der Paraffinfüllung noch kein dickes Granulationspolster über jenen Teilen; trotzdem wurde die Plombierung gut vertragen, ebenso wie im dritten Falle, in dem noch kein fester Verschluß der Paukenhöhle gegen das Antrum bestand.

Kramer (Glogau).

43) **A. Vischer.** Über Osteome der Orbita und des Oberkiefers.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 268.)

V. veröffentlicht mehrere einschlägige Beobachtungen aus der Baseler Klinik (Prof. Hildebrandt). Zunächst handelt es sich um zwei Fälle von Osteom der Orbita, 23- bezw. 16jährige Männer betreffend. Die ohne besonderen Grund im 19. bezw. 15. Lebensjahre entstandenen Geschwülste hatten zu Vortreibung des Augapfels geführt, wie ein beigegebenes Photogramm zeigt. Dagegen ist in einem ebenfalls beigefügten Röntgenogramm der fast talergroße, die Augen- und größtenteils auch die Stirnhöhle einnehmende Geschwulstschatten zu sehen. Zur Operation diente beidemal ein Schnitt, der, im inneren Drittel der Augenbraue beginnend, im Bogen über die Geschwulst zwischen Nase und innerem Augenwinkel geführt wurde. Entblößung der Knochengeschwulst, die dann nicht schwer herausgehebelt oder gebrochen wird. Glatte Heilung. Histologischer Befund: Elfenbeinosteom. V. schließt sich der Ansicht Bornhaupt's an, wonach diese Geschwülste als eine vom Periost ausgehende Neubildung anzusehen sind. Da sie meist in jüngeren Jahren entstehen, handelt es sich wahrscheinlich um Entwicklungsstörungen, und ist eine fötale Genese anzunehmen. Zur Diagnose ist auch hier Röntgen wichtig. Solange die Geschwülste nicht übermäßig groß geworden sind, ist ihre Operation unschwierig, wenn nur die äußere Zugangswunde groß genug gemacht wird. Wird früh genug operiert, so wird auch verhindert, daß das Auge Schaden leidet, und wird völlige Restitutio ad integrum erzielt. 2) Es folgen drei Fälle von knöchernen Geschwülsten im Gesicht, entstanden durch Verdickung bzw. zu starkes Wachstum des Oberkiefers, wodurch nach außen difforme Vortreibung der Knochenvorderfläche, nach innen Verödung des Antrum maxillare verursacht wurden. Bei der Operation wurde nach Schnittführung teils von vorn durch die Gesichtshaut, teils vom Vestibulum oris aus durch Trennung der Schleimhaut die hypertrophische Knochenfläche freigelegt und von der Knochenmasse genügend viel weggemeißelt, um die Mißstaltung zu beseitigen. Die Kranken standen im Alter von 13 bzw. 17 Jahren und hatten den Beginn der Geschwulstbildung vom 10. bis zum 14. Lebensjahre bemerkt. Ein sicherer Grund für die Erkrankung läßt sich nicht nachweisen; auch hier wird an Entwicklungsstörungen zu denken sein, da fast immer jugendliche Individuen betroffen werden. Eine eigentliche Neubildung liegt nicht vor, sondern nur entzündliche Hyperostosenbildung oder ossifizierende Periostitiden.



Wenn die Erkrankung selbst nicht zum Stillstande kommt, schützt die Operation, die zeitweilig allerdings die Entstellung beseitigt, nicht vor Rezidiven. In einem der berichteten Fälle V.'s ist 3 Jahre lang kein Rezidiv eingetreten.

Literaturverzeichnis von 43 Nummern ist der Arbeit beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

44) **Schüler.** Ein Fall von schwerer narbiger Kieferklemme.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Bei einem Falle von hochgradigster narbiger Kieferklemme, welche durch Noma nach Typhus verursacht war, wurde die Ablösung der Narben von beiden Seiten des Kiefers in der Kieler chirurgischen Klinik vorgenommen. Da die Kieferklemme zu rezidivieren drohte, trotz Dehnung der Narben durch aktive und passive Bewegungen, wurde ein trapezförmiges Stück nahe dem Unterkieferwinkel aus dem horizontalen Aste reseziert und in die entstandene Lücke Bindegewebe und der hintere Zipfel der Submaxillardrüse eingelagert. Obgleich die Pseudarthrose später wieder fast völlig unbeweglich wurde, besserte sich nunmehr die Kieferbeweglichkeit durch fortgesetzte Dehnung der Narben. Von endgültiger Heilung kann nicht berichtet werden, da der Fall nur $4^1/_2$ Monate beobachtet wurde.

Gutzeit (Neidenburg).

45) **Constantinescu** und **N. Athanasescu** (Bukarest). Betrachtungen über die Frakturen der Wirbelsäule, namentlich mit Bezug auf einen Fall.

(Spitalul 1905. Nr. 13.)

Verff. sprechen die Ansicht aus, daß man in Anbetracht der guten erzielbaren Erfolge, die Pat. mit Frakturen der Wirbelsäule nicht wochenlang ohne jeden Eingriff in Schienenverbänden liegen lassen, wie dies noch viel geübt wird, sondern möglichst frühzeitig die vorletzte Stelle operativ angehen soll, bevor noch sekundäre Veränderungen des Rückenmarkes zur Entwicklung gekommen sind. In dem selbst beobachteten und operierten Falle handelte es sich um einen 20jährigen Mann, welcher von einem hohen Baume auf die linke Seite herabgestürzt war. Es bestand außerordentliche Schmerzhaftigkeit der Lendenwirbelgegend, welche bei der Palpation eine Einsenkung zwischen zwei Wirbeln zeigte, außerdem Parese der unteren Extremitäten, vollständige Empfindungslosigkeit der vorderen und inneren Schenkelflächen, Unvermögen aufrecht zu stehen und den Leib um die Längsachse zu drehen. Durch einen 20 cm langen Längsschnitt wurde ein großes, subkutanes Hämatom eröffnet und der Zugang zu der verletzten Stelle ermöglicht. Man fand eine Kontinuitätstrennung zwischen erstem und zweitem Lendenwirbel, in welche man bequem den Mittel- und Zeigefinger hineinlegen konnte; die Entfernung zwischen den Dornfortsätzen dieser beiden Wirbel betrug 5 cm. Das Rückenmark war unversehrt, aber außerordentlich gedehnt und vorn dem Druck eines Wirbelrandes ausgesetzt. Nach Entfernung der Blutgerinnsel und einiger Knochensplitter wurde durch Druck und Zug die knöcherne Wirbelsäule in die richtige Lage gebracht und die beiden Wirbel durch einen um die Dornfortsätze geschlungenen Faden einander genähert und in dieser Lage festgehalten. Hierauf wurde Pat. in eine Bonnet-sche Schiene gelegt. Nach wenigen Tagen waren die oben erwähnten krankhaften Symptome verschwunden, und nach 2 Wochen konnte Pat. geheilt entlassen werden.

E. Toff (Braila).

46) **K. Frank.** Zur Kenntnis der kongenitalen Sakraltumoren.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 368.)

F. berichtet über ein mit Sakralgeschwulst behaftetes Kind, Mädchen, das in dem Kaiserin Elisabeth-Wöchnerinnenheim »Lucina« in Wien reif und übrigens gesund geboren ist. Die in Kopflage stattfindende Geburt stockte etwas, nachdem sie bis zum Nabel rasch vor sich gegangen war; dann wurde sie durch einen leichten Zug vollendet. Die Sakralgeschwulst, wohl eine der größten bis jetzt be-

obachteten, war weit über kindskopfgroß, bei der Geburt an einer kleinen Stelle geplatzt und bildete nach Entleerung einer weißgelblich visciden Flüssigkeit einen schlaffen Sack. Sie wurde mit vollem Erfolg einer Operation unterzogen, bei welcher sie, dicht unter der Haut und oberflächlichen Muskelplatten gelegen, leicht exstirpierbar war. Dabei wurde die Hinterfläche des Mastdarmes freigelegt und das stark nach vorn umgebogene Steißbein exstirpiert.

Die Geschwulst enthielt mannigfache Hohlräume, streifenförmige Pigmentanhäufungen, sowie Inseln von Parenchymen, die schon makroskopisch Organdiagnosen auf Leber, Nebenniere, Speicheldrüse usw. gestatteten. Mikroskopisch wurden im Detail Derivate von sämtlichen drei Keimblättern festgestellt: Gehirn, Auge, Corium nebst Haaranlagen, Schweiß- und Talgdrüsen, Tastkörperchen, Epidermis, Darmkanal, quergestreifte Muskeln, Niere, Nebenniere, Ösophagus, Pankreas, Speicheldrüsen, eine rudimentäre Herzanlage, Knochen, Stützsubstanz in allen Formen.

In der Besprechung streift F. die Frage nach der Theorie und Ätiologie dieser Geschwülste, insbesondere das Problem, ob ein mono- oder bigerminaler Ursprung für sie anzunehmen sei. Er schließt sich den Anschauungen Hagen's an, welcher Embryome, die aus einer befruchteten Polzelle entstanden sind, unterscheidet und solche, die aus Überproduktion von Furchungskugeln hervorgegangen sind. Die beschriebene Geschwulst ist der zweiten Kategorie zuzuzählen und, da sie Abkömmlinge aller drei Keimblätter enthält, als ein »Tridermom« zu bezeichnen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) **Ferrand** et **Krouchkoll.** Adénite cervicale tuberculeuse favorablement traitée par les rayons X.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 69.)

Durch vorsichtig wiederholte, je 10 Minuten lange Bestrahlungen der Lymphome mit harten Röhren haben Verff. eine Reihe guter Erfolge erzielt. Starke Verkleinerung bzw. Schwinden der Drüsenpakete, bei manifester Lungentuberkulose Abfall der erhöhten Temperatur und Hebung des Allgemeinbefindens und des Körpergewichtes, Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, das alles haben sie nur durch Bestrahlung erreicht, so daß sie es für angezeigt halten, sie stets zu versuchen, bevor zum Messer gegriffen wird. Von einer Heilung durch die Bestrahlung zu sprechen, halten Verff. noch nicht für erlaubt.

V. E. Mertens (Breslau).

48) **M. Schlie.** Beitrag zur operativen Behandlung der Ösophagusdivertikel.

Inaug. Diss., Rostock 1905.

Verf. teilt einen in der chirurgischen Klinik operierten Fall mit. Das Divertikel saß $19^1/_2$ cm hinter der Zahnreihe, bildete gefüllt eine Geschwulst in der Höhe des Ringknorpels linkerseits. Der Eingang konnte ösophagoskopisch besichtigt werden, ja auch das Innere des Divertikels. Die Operation bot keine Schwierigkeiten.

Literaturangabe speziell über ösophagoskopische Befunde. Angabe der Behandlungsmethoden und genaue Besprechung derselben. Das Nähere siehe im Original. **Grosse** (Kassel).

49) **Einhorn.** Radium treatment of cancer of the oesophagus.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. July 1.)

Das Radium wurde in Hartgummikapsel am Ende einer Speiseröhrensonde eingeführt, diese passend befestigt und bis zu 1 Stunde liegen gelassen. Dehnung der Striktur durch gewaltsames Einführen war ausgeschlossen. Die Ergebnisse in angehängter Tabelle. Unangenehme Zwischenfälle kamen nicht vor. Wenn auch die Heilung dieses Krebses unwahrscheinlich ist, so ist doch die Radiumbehandlung von so großem Vorteile, daß sie eine große Rolle zu spielen berufen erscheint.



Alter	Dauer der Behandlung	Ergebnis der Sondierung bei Beginn der Behandlung	Ergebnis der Sondierung nach Abschluß der Behandlung	
52 Jahre	16 Tage	Bougie (nach Faucher) Nr. 32 stößt 38 cm = $15^1/_2$ Zoll hinter Zahnreihe auf Hindernis	Bougie 39 stößt in 41 cm hinter Zahnreihe auf Hindernis	Allgemeinbefinden besser
55 »	29 »	Bougie 20 trifft nach 43 cm, Nr. 39 nach 41 cm auf Hindernis	Bougie 42 trifft nach 43 cm auf Hindernis	Allgemeinbefinden sehr gebessert. Pat. schmerzfrei, kann besser schlucken
38 »	30 »	Bougie 20 passiert Hindernis nach $42^1/_2$ cm, Nr. 39 sitzt in 41 cm fest	Nr. 43 geht ohne Hindernis in den Magen	Gewichtszunahme. Schlucken v. halbfesten und festen Speisen möglich
39 »	23 »	Nr. 20 trifft in 43 cm, Nr. 39 in 41 cm Hindernis	Nr. 52 geht ohne Hindernis in den Magen	Schluckt feste Speisen
50 »	16 »	Nr. 26 trifft nach 37 cm, Nr. 39 nach $34^1/_2$ cm Hindernis	Desgleichen	8 Pfund Gewichtszunahme. Schluckt feste Speisen
53 »	19 »	Nr. 25 trifft in $27^1/_2$ cm Hindernis	Nr. 35 trifft in 31 cm Hindernis	Keine Besserung. Nach Herausnehmen der Sonde zeitweise blutig. Schleim ausgewürgt, zeitweise Fieber
75 »	75 »	Nr. 35 trifft Hindernis in $37^1/_2$ cm. Schluckt nichts	Striktur nicht gemessen. Schluckt Flüssigkeit u. halbfeste Speisen	Pat. beschwerdefrei seit 6 Monaten

Trapp (Bückeburg).

50) **Morin.** De la cure radicale de l'empyème chronique non tuberculeux par la thoracectomie combinée à la decortication du poumon.

(Thèse de Paris 1905. — Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 27.)

M. geht von einem von Jeanne operierten Falle von chronischem Pleuraempyem nach Pneumonie mit Durchbruch nach außen und in die Bronchien aus; der sehr heruntergekommene Kranke wurde in einer Sitzung einer ausgedehnten Thoraxresektion und gleichzeitig einer Ausschälung der Lunge aus der stark verdickten Pleura unterzogen, worauf rasche und völlige Heilung eintrat.

Auf Grund ähnlicher Beobachtungen aus der Literatur stellt M. als beste Behandlungsmethode des chronischen Empyems diejenige hin, welche durch Kombination der Resektion der starren Höhlenwände mit gleichzeitiger Ausschälung der Lunge auf die sicherste, jedem Falle individuell anzupassende Weise jede Höhlenbildung ausschaltet. Lungenoberfläche und Brustwand müssen am Schluß der Operation in ganzer Ausdehnung einander dicht anliegen.

Mohr (Bielefeld).

51) **P. E. Lindström.** Ein Fall von rechtsseitigem Chylothorax infolge Zerreißung des Ductus thoracicus.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. 3. Folge. Bd. IV. Abt. 1. Nr. 18.)

Es handelt sich um einen 28jährigen Arbeiter, der durch Fall auf der linken Seite einen Bruch der achten Rippe sich zugezogen hatte. Nach etwa 4 Tagen traten Symptome von Erguß im rechten Pleuraraum auf, der bei der Probepunktion

sich als eine Mischung von Blut und Eiter zeigte. Atembeschwerden veranlaßten Thorakocenthese, die zwar Erleichterung der Symptome brachte, in der Folge aber häufig wiederholt werden mußte; in einer Woche wurden $11^1/_3$ l entleert. Die mit jedem Tage mehr und mehr sinkenden Kräfte veranlaßten Verf., die Thorakotomie als das Ultimum refugium zu versuchen. Die Kräfte reichten aber nicht aus, den vorhandenen Riß im Ductus thoracicus zu nähen. Verf. mußte sich mit schleuniger Tamponade begnügen; Tod in folgender Nacht. — Bei der Sektion wurde ein Riß des Ductus thoracicus in gleicher Höhe mit der gebrochenen Rippe konstatiert. Kollaterale Lymphgefäße konnten nicht nachgewiesen werden.

Hansson (Cimbrishamn).

52) **Coutts and Rowlands.** A case of purulent pericarditis in an infant; operation; death.

(Brit. med. journ. 1905. April 15.)

Ein Kind, 1 Jahr und 8 Monate alt, erkrankt im Anschluß an Masern mit den Anzeichen einer eitrigen Perikarditis. 1 Woche später trotz mehrfacher erfolgloser Probepunktionen Perikardiotomie nach Entfernung des sternalen Endes der linken 7. Rippe und des angrenzenden Brustbeinteiles. Letzterer mußte gleichfalls entfernt werden, weil man auf die linke Pleura stieß. Kreuzschnitt ins Perikard, Entleerung von etwa 50 ccm Eiter, Drainage des Herzbeutels. Tod am 2. Tage. Dies ist wohl der jüngste Pat., an dem eine Perikardiotomie ausgeführt wurde.

W. Weber (Dresden).

53) **Tuffier et Haret.** Épithélioma du sein ulcéré, non opéré, traité par la radiothérapie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 236.)

T. hat neuerdings seit seiner letzten Mitteilung 15 Fälle von Epitheliomen mit Röntgenstrahlen behandelt: 9 ulzerierte Brustkrebse, 5 des Gesichtes und 1 der Vulva. Die letztgenannten 6 Fälle heilten. Bei den Brustkrebsen unterscheidet T. die Fälle mit und ohne Ulzeration. Bei den ersteren vernarbt die Ulzeration unter dem Einfluß der Röntgenstrahlen, die Schmerzen lassen nach, und die Geschwulst verkleinert sich; bei den nicht geschwürigen Brustkrebsen erzielt man nur eine geringe Verminderung ihres Umfanges. Dann soll man sie operieren und nach der Wundheilung sogleich mit Röntgenstrahlen weiter behandeln; T. hält diese Nachbehandlung für unerläßlich. **Reichel** (Chemnitz).

54) **J. Parquier.** A case of hypertrophy of the mammary glands.

(Lancet 1905. July 8.)

Verf. berichtet über einen Fall von doppelseitiger enormer Brustdrüsenhypertrophie bei einer 35jährigen Pat.; die Krankheit war im Laufe von 18 Monaten entstanden. Die Maße der Brüste waren: rechts: Durchmesser 46 cm, Umfang 94 cm, links: 42 cm und 85 cm. Die rechte Brust, in Wasser getaucht, verdrängte 15 Liter, die linke 11 Liter. Beide Brüste wurden nacheinander exstirpiert, die rechte wog 13 kg, die linke 10 kg. Es handelte sich pathologisch-anatomisch um chronische fibröse Mammitis (Delbet) und diffuses Fibrom der Mamma (Duplay). Die Prognose derartiger Fälle ist immer ernst, der Tod kann durch eine Art Marasmus oder durch örtliche Komplikation: Gangrän, Abszedierungen usw., eintreten. Die rationellste Therapie ist nach Verf., wie der Erfolg hier beweist, die Exstirpation. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

55) **v. Hart.** Zur Kasuistik der Penisverletzungen.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 6 u. 7.)

Neben einigen nur ganz kurz erwähnten Fällen sind drei Beobachtungen von Schnittwunden des Penis von Interesse. In zweien derselben handelte es sich um eine Schnittwunde, welche fast $^2/_3$ des Penis quer durchtrennt hatte; die Harn-

röhre war nicht verletzt; nach exakter Naht des Septums, der Tunica albuginea und der Haut trat glatte Heilung ein. Im dritten Falle war auch die Harnröhre durchtrennt, die beiden Teile des Penis hingen nur durch einen schmalen Hautstreifen und einen ganz kleinen Teil des linken Schwellkörpers zusammen; Naht der Harnröhre und Vereinigung der übrigen Teile brachte nach vorübergehender Bildung einer Harnröhrenfistel völlige Heilung.

Die Fälle widerlegen die Ansicht Boyer's, Nélaton's u. a., welche bei Durchschneidung von $^2/_3$ der Corpora cavernosa zur Amputation rieten, da fast immer Gangrän eintrete. **Haeckel** (Stettin).

56) **Negroni und Zoppi.** Über Elephantiasis lymphorrhagica des Penis und des Skrotum infolge narbiger Unterbrechung der inguino-cruralen Lymphbahnen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Die Arbeit enthält die Krankengeschichte eines 23 Jahre alten Mannes, bei welchem nach Zerstörung der Leistendrüsen durch Abszedierung elephantiastische Veränderungen am Penis und Skrotum auftraten. Ursache dieses pathologischen Prozesses ist die Verhinderung der Aufnahme von Lymphe, welche von den äußeren Geschlechtsteilen her ihren Abfluß sucht. Auf Grund des Krankheitsbildes und des mikroskopischen Befundes von Schnitten der Vorhaut ist der vorliegende Befund als einfache, in Gemeinschaft mit Bindegewebshyperplasien und Sklerosevorgängen bestehende Lymphangiektasie anzusehen, bei der es sich nicht um eine echte Neubildung von Lymphgefäßen, wie bei den erworbenen Lymphangiomen handelt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

57) **Carabelli.** La cura della ipertrofia della prostata coi ruggi X.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905. Nr. 73.)

Die Erfolge der Röntgentherapie bei leukämischer Milz sowie bei Geschwülsten, die C. auf eine primäre Schädigung der Gewebszellen zurückführt, haben ihn veranlaßt, auch die hypertrophische Prostata mit Röntgenstrahlen zu behandeln. Er wandte dieselben in zwei Fällen vom Damm aus an unter Schutz der Schenkel, des Hodensackes usw. mit Bleischirm, und zwar bei 20—25 cm Röhrenabstand, erst täglich oder jeden zweiten Tag, später noch alle 14 Tage einmal. In einem Falle, in dem bloß subjektive Symptome, Schwere im Damm bestanden, wurden diese behoben, und der Harnstrahl wurde stärker. In einem zweiten Falle sank der Residualharn von 200 auf 10 ccm. Die Resultate waren nach einem Jahre noch erhalten. **Dreyer** (Köln).

58) **Muscatello.** Zur Radikalbehandlung der Blasenektopie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Verf. glaubt, daß von allen Operationen zur Heilung einer Blasenektopie nur diejenigen in Frage kommen, welche den Harn nach dem Darm ableiten und durch Benutzung des Sphincter ani zur Erzielung von Kontinenz den Pat. vom Gebrauch einer Prothese unabhängig machen. Vor allen Dingen kommt demnach die Maydl'sche Methode der Einpflanzung des Harnleiter mit dem Trigonum in den Mastdarm in Betracht. Allein die Mortalität dieses Eingriffes ist eine große, und aus einer Zusammenstellung der einschlägigen Veröffentlichungen in der Literatur geht hervor, daß es die Niereninfektion durch aufsteigende Entzündung der Harnwege ist, welche diese hohe Sterblichkeit bedingt. M. stellt die verschiedenen Modifikationen zusammen, die man zur Vermeidung dieser tödlichen aufsteigenden Infektion ersonnen oder auch schon angewendet hat und veröffentlicht selbst die Krankengeschichte eines Falles, bei dem er selbst zum erstenmal am Lebenden derart verfahren ist, daß er nach partieller Ausschaltung des Colon sigmoideum das Trigonum mit den Harnleitern in die Kuppe des ausgeschalteten Darmstückes einnähte. Die Ausschaltung geschah in der Weise, daß das Colon

sigmoideum quer durchtrennt, die beiden Lichtungen verschlossen und eine seitliche Enteroanastomose zwischen oberem und unterem Abschnitt des durchtrennten Darmes hergestellt wurde. Durch diesen Eingriff bleibt der Endteil des aboralen Abschnittes von der Kotbahn ausgeschlossen, so daß seine Höhle zum Durchgang für den Harn benutzt werden kann. M. glaubt, daß sein Verfahren vor denen von Gersuny und Borelius angegebenen wegen der Einfachheit, leichteren Ausführbarkeit und wegen des dauernden Schutzes vor der Kotsäule große Vorzüge hat. Der Erfolg bei seinem Operierten war ein vorzüglicher.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

59) **Krönlein** (Zürich). Über Nierengeschwülste.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 13.)

K. hat in 20 Jahren 79 Nephrektomien gemacht, davon 43 wegen Nierentuberkulose. Diese und die Hydronephrosen, Pyonephrosen und Echinokokkusfälle unberücksichtigt lassend, berichtet er über 23 Fälle von echten Nierengeschwülsten. Entsprechend dem Wandel in der pathologisch-anatomischen Auffassung der Nierengeschwulst finden wir unter seinem Material bis 1901 nur Karzinome, nach dieser Zeit nur Hypernephrome und Sarkome. Die Frage, ob die Hypernephrome als bösartige Geschwülste aufzufassen seien, läßt Verf. offen, neigt aber nach seinen klinischen Erfahrungen dazu, sie der Mehrzahl nach für bösartig zu halten. Als besonders bedeutsam stellt er zwei Sätze auf: »Ein Nierentumor kann sich entwickeln und längere Zeit bestehen, ohne seine Gegenwart anders zu verraten, als daß er schließlich durch seine Größe und Lage die Aufmerksamkeit des Kranken oder seines Arztes auf sich lenkt. Das Allgemeinbefinden kann die ganze Zeit ungestört, die Nierenfunktion nicht nennenswert alteriert sein.« Andererseits aber sei das Bluthamen, in der Art und Mächtigkeit freilich recht verschieden, ein Alarmsignal, daß kein Arzt einen solchen Pat. mehr aus den Augen lassen sollte. In 16 Fällen von 20 wurde Hämaturie beobachtet; sie braucht freilich nicht das erste Symptom zu sein, braucht nur einmal aufzutreten, kann sich aber auch mehr- oder vielfach wiederholen.

Zweimal beobachtete auch K. das Guyon'sche Symptom, rasches Entstehen einer Varikocele, vermutlich bedingt durch Verlagerung der Kompression der zugehörigen Vena spermatica int.

K. gibt dem extraperitonealen Flankenschnitt den Vorzug. Er hat bei Karzinom 2 Dauererfolge von 20 und 5 Jahren (ohne Rezidiv), bei Hypernephrom 3 Dauererfolge von 11, $2^3/_4$ und $2^1/_2$ Jahren, bei polycystischer Geschwulst eine Dauerheilung von $6^3/_4$ Jahren. Im unmittelbaren Anschluß an die Operation starb nur 1 Pat. von den 20 wegen Geschwulst, zwei von den wegen Nierentuberkulose Operierten.

Stolper (Göttingen).

60) **E. Schlesinger.** Blutgefäßendotheliom, entstanden auf dem Boden von Hämorrhoiden.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 515.)

Bei einer 71jährigen sonst gesunden Frau, die seit Jahren an Hämorrhoiden litt, hatten sich kranzförmig angeordnet um den After herum 5 hasel- bis walnußgroße, harte, unebene, ulzerierte Geschwülste gebildet, die der Haut-Schleimhautgrenze mit breitem Stiel aufsaßen. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Geschwülste ergab, daß an zahlreichen Stellen der Geschwulst sich eine Proliferation der Blutgefäßendothelien der Submucosagefäße nachweisen ließ; und zwar fanden sich einzelne Gefäße mit gerade beginnender Wucherung, während bei anderen bereits eine Obliteration durch die gewucherten Endothelien eingetreten war; an mehreren Stellen hatten die Endothelien endlich schon die Gefäßwand durchwachsen und wucherten in das benachbarte Gewebe hinein. Die genaueren histologischen Details sind im Original nachzulesen.

Doering (Göttingen).



61) **Fontoynont.** Rupture traumatique d'une rate palustre compliquée d'écrasement de la queue du pancréas, chez une femme malgache. Splénectomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 26.)

F. hatte Gelegenheit, in einem Falle traumatischer Milzruptur die Splenektomie schon 2 Stunden nach der Verletzung ausführen zu können. Pat., eine 28jährige Frau, hatte einen Stoß mit einer Deichsel in die linke Seite erhalten, war bald nachher bewußtlos zusammengesunken und wurde mit den Zeichen schwerster innerer Blutung ins Krankenhaus gebracht. Der Leib war hart, gespannt, aber ungleich voluminös; das Hypogastrium und beide Fossae iliacae wölbten sich vor, wie in einer Schwangerschaft. Die Laparotomie zeigte in diesen Gegenden enorme Mengen flüssigen und geronnenen Blutes. Die Milz, infolge vorausgegangenen Wechselfiebers geschwollen und durch Verwachsungen am Zwerchfelle befestigt, war zum Teil geborsten; außerdem war das Ende des Pankreas in 2—3 cm Länge zerquetscht. Unter Abklemmung des Stieles mit liegen bleibenden Klammern wurde die Milz exstirpiert. Tamponade. Entfernung der Klammern am 3. Tage. Heilung nach vorübergehender Pankreasfistelbildung, sonst ohne Störung. Auffallend war, daß im Blute schon am 3. Tage nach der Splenektomie außer starker Vermehrung der Leukocyten eine sehr bedeutende Zahl kernhaltiger roter Blutkörperchen gefunden wurden. **Reichel** (Chemnitz).

Nachtrag zu dem Bericht über den Chirurgenkongreß.

Da dem Ref. Herrn Dr. Jaffé der Vortrag des Herrn Prof. Ceccherelli über Appendicitis unverständlich geblieben war und er deshalb darüber nicht berichten konnte, ist der Vortr. so liebenswürdig gewesen, nachträglich einen Selbstbericht einzusenden, der hiermit folgt; er gehört eigentlich auf p. 53 des Kongreßberichtes.

(Red.)

Der Fall der Heilung der Appendicitis interessiert in sehr hohem Grade den Chirurgen, nicht sowohl in bezug auf die Technik der Operation, als vielmehr den richtigen Augenblick für sie. In der großen Anzahl der von mir geheilten Fälle von Appendicitis, seien diese kompliziert gewesen oder nicht, habe ich mir einen genauen Plan meiner Behandlung gemacht, von dem ich nicht abweiche.

Die absolute Basis der Heilung einer Appendicitis liegt in dem Grundsatze, daß keine radikale Heilung zu erzielen ist, wenn man nicht die Appendicektomie unternimmt.

Dies ist um so notwendiger, als auch in den Fällen, in welchen typhlitische und perityphlitische Läsionen vorherrschen, die Appendicitis, wenn sie diese auch nicht produziert hat, doch sie erhält. In den von mir ausgeführten Operationen habe ich die Appendicektomie bald leicht, bald schwierig, bald unmöglich gefunden, was immer von der Ausdehnung der Appendicitis abhängt, deren Größe eine Verletzung der Gedärme verursachen kann, eine Verletzung, die schwer zu heilen ist. Diese Schwierigkeit habe ich in geringem Maße angetroffen, wenn ich bei frischem Zustande operierte oder auch in später Zeit. Sehr groß war die Schwierigkeit, wenn ich gezwungen war, in den intermediären Perioden zu operieren, nämlich dann, wenn

mehr die Komplikationen als die Symptome der Appendicitis mich zum Operieren zwangen. Der logische Schluß von allem diesem ist, daß der Chirurg bei frischem Zustand operieren soll, wenn es ihm irgendmöglich ist, weil er weniger Schwierigkeiten entgegen geht und mit viel größerer Sicherheit eine radikale Heilung erreichen kann. Wenn er zu warten gezwungen ist, soll er erst nach vollständiger Rückbildung der Entzündung operieren, wobei allerdings nicht ausgeschlossen ist, daß gefährliche Komplikationen eintreten können. Ich muß hinzufügen, daß wenn nach abgelaufenem akuten Stadium operiert werden muß, es wünschenswert ist zu warten, bis vorher die Exsudate, die sich etwa gebildet haben, verschwunden sind. Zu diesem Zwecke ist bei den verschiedenen Behandlungen als die beste aufsaugende die Anwendung des Jod zu wählen, und vor allem die beste in dieser Art, wie ich durch Erfahrung wahrgenommen habe, die Jodbehandlung in Bädern, wie sie in Salsomaggiore vorgenommen wird.

Sind einmal die Exsudate verschwunden, so ist damit nicht gesagt, daß die Operation unnötig geworden ist, weil der Feind in der Appendicitis lauert, die durch Wegnahme der Appendix zu beseitigen ist.

Findet man beim Operieren Schwierigkeit in der Entfernung des Wurmfortsatzes, so habe ich es für besser befunden, dieselbe zu unterlassen, weil, wenn der Darm zerreißt, die Nähte nicht halten, sich vielmehr sehr oft Kotfisteln bilden, die jeder Behandlung widerstehen. Ich glaube, deshalb ist es besser, eine unnötige Operation, die ungefährlich ist, auszuführen, als eine komplizierte gefährliche Operation; daher meine Empfehlung der Frühoperation.

Es ist dies das gleiche Problem und die gleiche Lösung wie bei den Fällen von Brucheinklemmung oder Darmverschluß, in welchen Fällen es besser ist, gleich zu operieren, auch wenn es sich hinterher herausstellt, daß die Operation hätte vermieden werden können. Meine Ausführungen zusammenfassend bin ich für die Operation im akuten Zustande, sobald die ersten Symptome der Appendicitis auftreten. Jedesmal soll dann der Wurmfortsatz weggenommen werden. Wenn dies nicht möglich ist, operiert man später, nachdem die Exsudate von selbst oder mit Hilfe von resolvierenden Mitteln verschwunden sind.

Man operiere in der zwischenliegenden Periode dann, wenn Komplikationen erscheinen; aber dies ist ohne Zweifel die gefährlichste Periode. In diesem Falle kann der Chirurg mit Dieulafoy übereinstimmen, welcher behauptet, daß man an der Appendicitis nicht stirbt, und mit Gussenbauer, welcher schrieb, daß man um das Leben des Pat. und nicht den Wurmfortsatz besorgt sein müsse.

A. Ceccherelli.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 39. **Sonnabend, den 30. September.** **1905.**

Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum der Schädeldecken.

Von

Prof. Dr. **Ali Krogius,**

Direktor der chirurgischen Universitätsklinik in Helsingfors (Finnland).

Die Behandlung der großen Rankenangiome der Schädeldecken ist von jeher zu den schwierigsten Aufgaben der Chirurgie gerechnet worden. Die methodische Kompression, sowie die Unterbindung der

zuführenden Gefäßstämme haben sich als unwirksam erwiesen. Die Kauterisationen sind, nach Abstoßung des Brandschorfes, von lebensgefährlichen Blutungen gefolgt. Die Injektionen von Ferrum sesquichloratum, Alkohol usw. sind keineswegs ungefährlich und beanspruchen im besten Falle bis zur vollständigen Heilung eine sehr geraume Zeit (in Lieblein's Falle 6 Jahre). Schließlich ist die Exstirpation mit dem Messer bei allen etwas größeren Rankenangiomen der Schädeldecken eine wegen der kopiösen Blutung mit Recht sehr gefürchtete Operation und hinterläßt dazu noch einen Hautdefekt, der nur durch ausgiebige plastische Operationen gedeckt werden kann.

Als neulich ein derartiger Fall in meine Behandlung kam, suchte ich daher nach einem anderen, ungefährlichen und möglichst schnell wirkenden Mittel zur Heilung des lästigen und gefährlichen Leidens. Ich fand ein Mittel, das sich wenigstens in diesem Falle als praktisch und wirksam erwies, in der Anlegung einer kontinuierlichen Reihe von subkutanen Ligaturen in der ganzen Peripherie der Geschwulst. Diese Ligaturen brachten, ohne im geringsten die Vitalität der Haut zu gefährden, die erweiterten Gefäße zur Verödung und führten dadurch in einfacher Weise das vollständige Verschwinden des Angioms herbei.

Die Krankengeschichte meines Falles ist folgende:

L. S., 16jähriges Mädchen, wurde am 10. März d. J. in die chirurgische Klinik zu Helsingfors aufgenommen. Vor 5 Jahren beobachtete Pat. an der linken Seite des Kopfes eine erbsengroße, weiche, bläuliche Geschwulst, die ohne nachweisbare Ursache entstanden war und sich seitdem allmählich über den ganzen unteren Teil der linken Kopfseite ausgebreitet hatte. Zweimal ist aus derselben eine ziemlich reichliche Blutung erfolgt. Dieselbe hat keine Schmerzen verursacht, aber Pat. ist von einem Gefühle von Pulsation in der entsprechenden Gegend belästigt gewesen. Status praesens: kräftig gebautes Mädchen von gesundem Aussehen. Innere Organe gesund. An der linken Seite des Kopfes sieht man eine flach erhabene, unebene Geschwulst, welche die ganze Temporalregion sowie die angrenzenden Teile der Parietal- und Occipitalregion einnimmt; die größte Breite derselben beträgt ca. 17 cm, die Höhe ca. 11 cm. Dieselbe ist von einer verdünnten, bläulichen Haut bedeckt, die an der Mitte einige kleine blasenförmige Gebilde aufweist. Die Geschwulst, die aus erweiterten Gefäßstämmen zu bestehen scheint, zeigt sehr starke Pulsation und bei der Auskultation ein deutliches Schwirren; durch Druck läßt sie sich vollständig komprimieren. An der Peripherie der Geschwulst fühlt man die A. temporalis superficialis, frontalis und occipitalis zu bleistiftdicken, stark pulsierenden Strängen erweitert.

Operation am 16. März. Von der Gegend vor dem Tragus beginnend wird eine Serie von subkutanen Catgutligaturen um die Peripherie des Angioms herum bis zum hinteren Umfange des Ohres angelegt (nur an der oberen Umrandung des Ohres wurden keine Ligaturen angelegt, was ich als einen Fehler anerkennen muß). Nach der Operation entstand eine ansehnliche Schwellung der linken Kopfhälfte; aus einigen Stichkanälen fand unbedeutende eitrige Sekretion statt. Nach der Abschwellung konstatierte man eine beträchtliche Abnahme der Geschwulst, so daß die erhabene und pulsierende Partie nur noch ca. 9 cm breit und 7 cm hoch war. Um diese Partie herum wurde nun am 4. April eine neue subkutane Ligaturreihe angelegt. Danach verkleinerte sich das Angiom noch weiter, so daß es am 29. April, als ich die Pat. der Finnländischen Gesellschaft der Ärzte vorstellte, nur noch etwas mehr als 5markstückgroß war. Aber dieser letzte, schwach pulsierende

Rest der Geschwulst, gerade oberhalb des Ohres gelegen, erwies sich als sehr hartnäckig. Ich behandelte ihn am 4. Mai abermals mit Ligaturen, ohne aber die Pulsation zum Verschwinden zu bringen, so daß ich annahm, es möchte eine Zufuhr von Blut auch durch den Schädel hindurch stattfinden, und zwei verschiedene Male versuchte, mit einem kleinen durch eine kleinste Hautinzision eingeführten Häkchen die Gefäße zu zerreißen und das Angiom dadurch zur Schrumpfung zu bringen; aber ohne Erfolg. Schließlich entdeckte ich, bei genauerer Untersuchung, daß vom oberen Umfange des Ohres her ein ziemlich dickes, pulsierendes Gefäß zur angiomatösen Stelle verlief. Ich legte dann, am 2. August, noch eine Reihe von Ligaturen um die letzterwähnte Partie an, wobei ich mit ganz besonderer Sorgfalt an deren unterer Peripherie vorging; danach hörte die Pulsation auch in diesem letzten Reste des Angioms auf. Als Pat. am 15. August die Klinik verließ, konstatierte man nur noch an dieser Stelle eine Verdickung der Haut. An den übrigen Stellen hatte die Haut schon ein ganz normales Aussehen angenommen, zeigte einen üppigen Haarwuchs und hatte sich an den Schädel dicht angelegt. Nirgends konnten Pulsation oder andere Zeichen des früheren Angioms nachgewiesen werden.

Bezüglich der technischen Details des von mir angewandten Operationsverfahrens will ich noch folgendes anführen.

Zur Anlegung der Ligaturen benutzte ich zwei gestielte Nadeln nach Lamblin (mit beweglicher Zunge), eine weniger und eine stärker

Fig. 1.

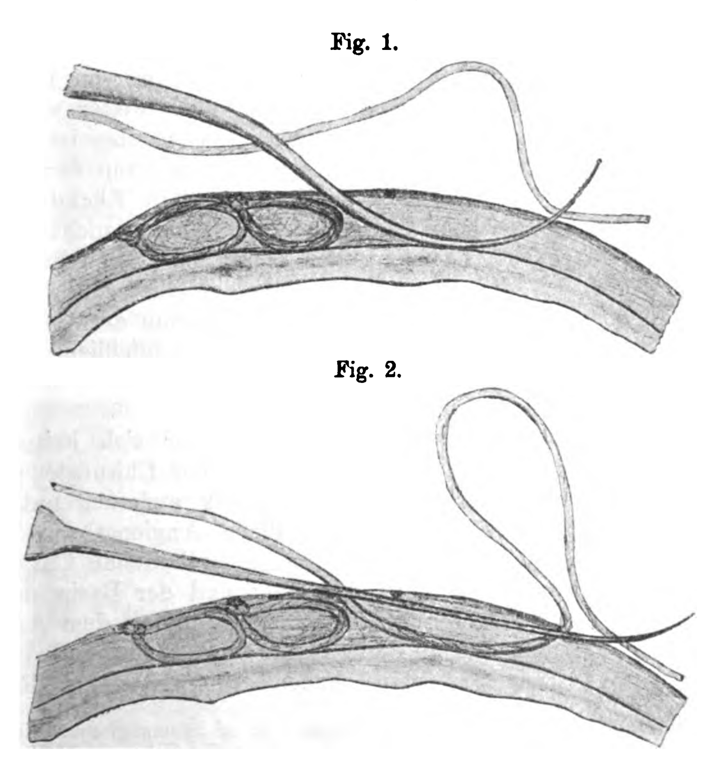


Fig. 2.

gekrümmte. Die stärker gekrümmte Nadel wird zuerst durch die Haut bis zum Knochen eingestochen und dann längs dem letzteren ein Stück weiter geführt, um zuletzt durch die Haut wieder aus-

gestochen zu werden (vgl. Fig. 1). Nach Einfädelung eines starken Catgutfadens wird die Nadel herausgezogen. Durch dieselbe Einstichsöffnung wird sodann die weniger gekrümmte Nadel dicht unterhalb der Haut zur Ausstichsöffnung hinausgeführt (vgl. Fig. 2), das eine Ende des Catgutfadens eingefädelt und die Nadel herausgezogen. Die beiden Enden des Fadens kommen somit durch dieselbe Öffnung heraus und werden hier geknotet. Die Blutung, welche durch den Stichkanal erfolgt, steht gewöhnlich sehr prompt nach der Knotung des Fadens; anderenfalls kann sie sehr leicht durch Kompression gestillt werden.

Die folgende Ligatur wird dann am besten so angelegt, daß ihre Einstichsöffnung noch diesseits der Ausstichsöffnung der vorigen zu liegen kommt, wodurch die Ligaturen gewissermaßen kettenförmig angeordnet werden.

Von solchen Ligaturen legt man nun um die ganze Peripherie des Angioms herum eine ununterbrochene Reihe an, um womöglich alle die abnorm erweiterten Gefäße abzubinden und dadurch ein Schrumpfen der Geschwulst herbeizuführen.

Wenn die erste Operation nicht von vollständigem Erfolge gekrönt wird, sondern nach derselben ein größerer oder kleinerer Teil des Angioms noch bestehen bleibt, kann man in einer späteren Sitzung um diese Partie herum einen zweiten, kleineren Ring von Ligaturen anlegen. Nötigenfalls kann dieses Verfahren noch weiter wiederholt werden, bis die letzte Spur der Geschwulst verschwunden ist.

Es ist offenbar für den Erfolg der Behandlung von der größten Bedeutung, daß in der Ligaturenreihe keine größere Lücke gelassen wird. In meinem Falle bemühte ich mich im Anfang nicht um eine wirkliche kettenförmige Anordnung der Ligaturen. Auch beging ich den Fehler, daß ich die obere Umrandung des Ohres unligiert ließ. Dies war offenbar daran Schuld, daß sich im Zentrum der Geschwulst die Pulsation so hartnäckig erhielt, und daß die schließliche Heilung des Falles so viele Operationen erheischte. Aber solche Fehler können in der Zukunft leicht vermieden werden.

Die subkutane Ligatur stellt ja an und für sich keine neue Methode dar, sondern ist schon mehrfach in der Chirurgie zu verschiedenen Zwecken angewandt worden. Unter anderem hat Prof. Carl Beck[1] in Neuyork neulich gewöhnliche Angiome durch eine derartige Methode behandelt, indem er eine fortlaufende Catgutnaht zickzackförmig abwechselnd unter der Haut und der Basis des Angioms herführte, so daß der Schlußpunkt der Naht mit dem Anfangspunkte wieder zusammenfiel und die Naht dann anzog und knotete. Derselbe Autor[2] sowie Stierlin[3] haben sich weiter bei Ranken-

[1] Carl Beck, A simple method of treatment of haemangioma. Journ. of the amer. med. assoc. 1903. December 26. (Zentralbatt für Chirurgie 1904. p. 455.)

[2] Carl Beck, Durch Operation geheilter Fall von Angioma racemosum. New York med. Monatsschrift 1903. Dezember.

[3] Stierlin, Zur Kasuistik der Aneurysmen und des Angioma arteriale racemosum. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1901. Bd. LX.

angiomen der perkutanen Umstechung der Umrandung der Geschwulst zur prophylaktischen Blutstillung bei deren Exstirpation bedient. Eine Methode, welche, wie die von mir hier oben beschriebene, darauf hinzielt, das Angioma racemosum durch methodisch um seine ganze Peripherie angelegte subkutane Ligaturen zur Heilung zu bringen, habe ich indessen in der mir zugänglichen Literatur nicht angegeben gefunden.

Da nun diese Methode sehr einfach ist und auch keine besondere Gefahr in sich birgt, und da sie sich bei einem ziemlich ausgedehnten Rankenangiom als wirksam erwiesen hat, dürfte ich es wohl wagen, dieselbe zur Nachprüfung in entsprechenden Fällen zu empfehlen.

---

1) **E. v. Bergmann.** Über Krankheiten, die dem Krebse vorangehen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

Auffallend oft entwickelt sich ein Karzinom auf großen nach Brandwunden entstandenen Narben. Bei der nach Paget bezeichneten Form des Karzinoms erkrankt meist zuerst die Warze, sie sinkt ein; dann breitet sich ein Ekzem, in welchem deutlich niedere Knoten zu erkennen sind, weiter über dem Warzenhof aus. Erkrankt nach längerer Zeit die Milchdrüse, so liegt zwischen dem Ekzem an der Warze mit dem Warzenhof und der unten erkrankten Milchdrüse ein gesundes Gewebe. An mehreren Stellen zugleich tritt das Karzinom im Anschluß an die Akne der Paraffinarbeiter auf. Schon früher bekannt war der Schornsteinfegerkrebs, ein Analogen zu dem Ruß- und Teerkrebs. Die Psoriasis linguae et buccalis, die nach v. B.'s Ansicht mit überstandener Syphilis nichts zu tun hat, kann Ausgangspunkt von Karzinomen werden.

Sowohl von Lupusnarben als auch aus frischer florider Lupuserkrankung kann sich Karzinom entwickeln, ebenso aus dem Xeroderma pigmentosum. Primäre Karzinome der Extremitäten ohne vorangegangene Störungen der Haut — Narben, Fistelgänge, Geschwürsbildungen, Ekzeme, Sebarrhöen, Warzen und Mäler — gibt es nicht. Die Pigmentmäler geben häufiger zur Bildung eines Sarkoms als eines Karzinoms Veranlassung, aus dem Naevus pigmentosus verrucosus können Karzinome hervorgehen. **Langemak** (Erfurt).

---

2) **P. G. Unna.** Über Pseudoparasiten der Karzinome.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 2.)

Die Jagd nach Krebsparasiten hat befruchtend gewirkt auf das Studium der Histopathologie des Karzinoms und des Epithels überhaupt. So fand Verf. eigentümliche Zelldegenerationen im Epithelgewebe, die den Eindruck von Parasiten erwecken; Verf. nennt sie vorläufig X-Zellen des Karzinoms (als Pendant der vom Verf. früher beschriebenen X-Zelle des spitzen Kondyloms). Es sind dies aus dem

Verband ihrer Nachbarzellen losgelöste Epithelien, die die Eigenschaft haben, zwischen den anderen Epithelien zu wandern, ihre Form zu verändern und selbst in andere Epithelien einzudringen. Diese Epithelabkömmlinge sind färberisch scharf gekennzeichnet und erwecken den Eindruck von parasitären Gebilden. Verf. schildert eingehend die färberische Darstellung und die Unterscheidung von den hyalinen Bildungen der Haut, deren Wiedergabe sich zu einem kurzen Referat nicht eignet. An mehreren farbigen Tafeln werden die X-Zellen dargestellt, deren Ähnlichkeit mit den vielfach anderweitig abgebildeten Parasiten unverkennbar ist. **K. Schultze** (Bonn).

3) **H. Coenen.** Über Endotheliome der Haut.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Viele Geschwülste, welche früher als Endotheliome gegolten haben, werden heute anders beurteilt. Auch die Endotheliome des Gesichts werden schon von einer Reihe von Autoren dieser Gruppe nicht mehr zugerechnet. Borrmann, der über ein großes diesbezügliches Material verfügte, glaubt, daß die in Rede stehenden Geschwülste aus kongenital verlagerten Basalzellen entstehen, die entweder durch den Schluß der fötalen Gesichtsspalten oder bei der Bildung der Hautdrüsen und Haarbälge in das Corium verlagert würden. Dieser Gedankengang erscheint auch einleuchtend. Normalerweise macht ja die Keimschicht des Hautepithels in das darunterliegende Corium Einstülpungen, aus denen sich die Anhangsorgane der Haut, die Talg- und Schweißdrüsen sowie die Haarbälge entwickeln. Tritt in dieser Entwicklung eine Störung ein, schnürt sich z. B. eine solche Epitheleinstülpung oder ein Teil derselben ab, so gelangt auf diese Weise ein Epithelkeim ins Corium, der nicht mehr mit dem Epithel der Keimschicht der Epidermis in Zusammenhang steht. Je nachdem dieser Epithelzapfen noch nicht differenziert war oder schon die Differenzierung zu Drüsenzellen oder Haarbalgepithel durchgemacht hat, wird die Wucherung den Charakter der Basalzellen oder den Typus der Drüsenzellen oder des Haarbalgepithels darbieten. Eine Reihe derartiger Geschwülste beschreibt Verf. klinisch wie mikroskopisch und kommt ebenfalls auf Grund seiner Beobachtungen und Studien zu dem Schluß, daß die meisten als Endotheliome der Gesichtshaut beschriebenen Geschwülste keine Endotheliome, sondern Epitheliome sind und aus kongenital verlagerten Zellen der Keimschicht des Rete Malpighi entstehen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

4) **v. Hansemann.** Die Beziehung gewisser Sarkome zu den Angiomen.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 2.)

Verf. bespricht eingehend die Histogenese klinisch sehr interessanter Geschwülste, die, an der Grenze zwischen Bösartigkeit und Gutartigkeit stehend, die charakteristische Eigenschaft haben, nach langen Zeiträumen zu rezidivieren. In der Mehrzahl ist die Geschwulst-

form angeboren, tritt in den ersten Lebensjahren in Erscheinung. Nach der Exstirpation bezw. Absetzung des Gliedes — es handelt sich meist um Finger oder Zehen — treten erst nach Jahren oder Jahrzehnten Rezidive auf, die teils harmloser, teils bösartiger Natur sind und selbst zu generalisierter Geschwulstinvasion führen können. Meist wurden die Geschwülste histologisch für Sarkome gehalten oder unter die Angiome und auch unter die Endotheliome gerechnet, und sind als solche bekannt. Alle diese Namen haben für solche Geschwulstform ihre Berechtigung, tragen aber einer präzisen histogenetischen Bestimmung nicht genügend Rechnung. An der Hand zahlreicher Figuren weist Verf. nach, daß die Geschwulstform angiomatöser Art ist, aus deren Gefäßzellen sich ein Sarkom entwickelt, wobei einmal die Lymphbahnen, einmal die Blutbahnen beteiligt sind. Mit Rücksicht auf diese Entstehung schlägt Verf. den Namen Sarcoma angioplasticum vor. Die Entstehung aus zunächst gutartigen Lymph- und Hämangiomen gebietet auch diesen Geschwülsten gegenüber eine energische Therapie. **K. Schultze** (Bonn).

---

5) **Ribbert.** Über den Pagetkrebs.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 31.)

Der Pagetkrebs ist kein primärer Hautkrebs. Die in der Epidermis gefundenen Zellen sind nicht metamorphosierte Plattenepithelien, sondern lediglich vorhanden als Ausdruck eigenartiger Wachstumsvorgänge eines unabhängig von der Haut in der Tiefe des Gewebes entstandenen Karzinoms. Die Ausbreitung erfolgt nicht in geschlossenen Epithelverbänden, sondern durch eine ungewöhnlich ausgedehnte intraepidermoidale Wanderung einzelner Zellen. **Borchard** (Posen).

---

6) **Craig** and **Ellis.** An experimental and histological study of Cargile membrane.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

Unter Cargile's Membran versteht man eine aus dem Peritoneum eines Ochsen präparierte goldschlägerplättchendünne Membran, welche nach Cargile zur Bedeckung rauher Flächen des Bauchfells bei Laparotomien dienen sollte, um Verklebungen zu vermeiden. Zuerst machte Morris mit dieser Haut an Ratten Versuche, C. und E. prüften diese Versuche nach, wozu sie sowohl mit der chromisierten wie unchromisierten Membran an Hunden experimentierten. Auch zum Ersatz der Dura sollte diese Membran dienen, doch schlugen in solcher Art bei den Hunden von den Verff. vorgenommene Versuche völlig fehl. Verff. kamen nach Überpflanzungen in die Bauchhöhle zu folgenden Schlüssen: 1) Die längste Zeit, bis zu welcher die Membran unverändert gesehen wurde, betrug 14 Tage, die früheste Zeit, innerhalb welcher sie resorbiert wurde, war der dritte Tag. 2) In Muskeln, Sehnen oder Nerven eingepflanzt wurde sie erheblich schneller resorbiert. 3) Chromisiert hielt sich die Haut länger als unchromi-

siert. 4) Auf Flächen, welche der Peristaltik ausgesetzt waren, blieb die Membran nur haften, wenn sie angenäht war. 5) Die Membran ist nicht imstande, Verklebungen in der Peritonealhöhle zu vermeiden, vielmehr schien sie irritierend zu wirken. 6) Die Substanz kann aber zur Einbettung von Sehnen und Nerven, welche in traumatischen Geweben liegen, zu dem Zwecke dienen, um Verwachsungen dieser Gebilde zu vermeiden. 7) Bei Operationen in der Schädelhöhle zum Ersatz der Dura kann nur die chromisierte Haut in Betracht kommen, da die unchromisierte wegen ihrer Glätte zu schlecht zu handhaben ist. 8) Die Zerstörung der Substanz erfolgt durch Auffaserung und Einwanderung von Zellen aus der Umgebung in dieselbe.

Herhold (Altona).

---

7) **W. Cannon.** Recent advances in the knowledge of the movements and innervation of the alimentary canal.

(Med. news 1905. May 20.)

Die Speiseröhre teilt Verf. in einen Hals- und Brustabschnitt ein. Die peristaltische Welle des letzteren bleibt hinter der ersteren um die Hälfte zurück. Trotzdem konnte ein Stocken der Passage nicht beobachtet werden.

Eine Erschlaffung der Cardia in Intervallen von 1—2 Minuten konnte $^1/_2$ Stunde lang nach der Nahrungsaufnahme gefunden werden, wobei in den unteren Teil der Speiseröhre Mageninhalt übertritt, um aber sofort wieder zurückzukehren. Verf. hält diesen Vorgang für normal und führt ihn auf Gärungsprozesse und Gasbildung zurück.

Über dem Pylorusteile des Magens will Verf. auskultatorisch bei mit Luft verschluckter Nahrung ein alle 20 Sekunden auftretendes Geräusch nachgewiesen haben, welches der Peristaltik dieses Abschnittes entspreche.

Im Dünndarme geschieht die Weiterbeförderung ebenfalls durch peristaltische Wellen, welche jedoch seltener auftreten.

Die vornehmlichste Bewegung, welche Verf. »rhythmische Segmentation« benennt, dient nur zur gehörigen Durchmischung des Inhaltes. Diese Tätigkeit will Verf. gleichfalls mit dem Stethoskop alle 7—8 Sekunden nachweisen können.

Die Ileocoecalklappe faßt er als einen Sphinkter auf.

Der proximale Teil des Kolon führt antiperistaltische Bewegungen aus, welche Verf. mit Röntgenstrahlen nachwies. (Wichtig für die Appendicitisfrage. Ref.)

Was das Überlaufen von Dickdarminhalt in den Dünndarm an langt, so konnte Verf. nachweisen, daß flüssiger und breiiger Inhalt nicht passierten, wohl aber, daß dicker Brei beim Ausfüllen des ganzen Kolon durch Antiperistaltik zum Durchtritte durch die Bauhin'sche Klappe gebracht werden konnte.

Bei psychischen Affekten, wie Angst, konnte Verf. 1 Stunde lang ein Stocken der Peristaltik an sämtlichen Darmabschnitten erkennen.

Weitere interessante Einzelheiten müssen im Originale nachgesehen werden. **Hofmann** (Bonn).

8) **H. M. Taylor.** Intestinal perforation in typhoid fever.
(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Nr. 8.)

Eine Aufforderung an die Kollegen, bei Typhusperforationen sofort zu operieren, auch bei primitiven Verhältnissen auf dem Lande. In den Vereinigten Staaten allein sterben nach T.'s Berechnung jährlich 15000 Typhuskranke an Perforationen; von diesen könnte bei früher Diagnose und raschem Eingriff gut die Hälfte gerettet werden. Statt dessen war vor 2 Jahren erst über 352 operierte Fälle auf der ganzen Erde berichtet. Es scheint, daß eine Beschränkung des Eingriffes auf Versorgung der Perforation ohne zu energische Reinigung der Bauchhöhle die besten Erfolge gibt. **Lengemann** (Bremen).

9) **Pólya.** Zur Pathogenese der primären Typhlitis.
(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 22.)

Auf Grund dreier mitgeteilter Operationsgeschichten glaubt P. der spezifischen geschwürigen und der sterkoralen Form der Typhlitis als dritte jene typhlitische Perforation anrechnen zu können, welche infolge von Zug am Blinddarm durch den abnorm fixierten Processus vermiformis entsteht. Ref. hat aus der Mitteilung nicht die Überzeugung gewinnen können, daß die geschilderten Krankheitsbilder nicht unter die Perityphlitis zu rechnen sind. **Borchard** (Posen).

10) **F. C. Bottomley.** The causes of appendicitis.
(Practitioner 1905. June. p. 827.)

Nach Aufzählung der verschiedenen Bakterien, welche eine Appendicitis hervorrufen können, unter denen das Bakterium coli an erster Stelle zu nennen ist, weist Verf. darauf hin, daß bis zum 30. Lebensjahre etwa der Wurmfortsatz sehr viel lymphoides Gewebe enthält und deshalb, ähnlich wie die Mandeln, leicht zu Infektionen neigt, zumal im Blinddarm stets reichliche Mengen Bakterien vorhanden wären. Ähnlich wie Treves glaubt B., daß in dem Aufstauen nicht genügend zerkauter und unverdauter Speisen im Dickdarm ein Hauptgrund für die Entstehung der Appendicitis zu suchen sei. Verstopfung hält Verf. nicht für eine Ursache dieser Krankheit, da Appendicitis bei Männern drei- bis viermal so häufig auftrete wie bei weiblichen Individuen, welche bekanntlich mehr an Verstopfung litten und auf Abführmittel angewiesen wären. **Jenckel** (Göttingen).

10) **C. Lauenstein** und **H. Revenstorf.** Wie ist die Entstehung der Blutungen in der Schleimhaut operativ entfernter Wurmfortsätze zu erklären? Insbesondere: Ist es wahrscheinlich, daß diese Schleimhautblutungen zurückzuführen sind auf die mechanischen Insulte des Wurmforsatzes und seines Mesenteriolums bei der Operation?

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 40.)

Fränkel, Prosektor des allgemeinen Krankenhauses Eppendorf, »verstieg sich« in einer wissenschaftlichen Diskussion auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Ausspruche, die an einer großen Anzahl von exstirpierten Wurmfortsätzen anzutreffenden Hämorrhagien seien ganz frisch und als Effekt des Abbindens aufzufassen. Verff. wenden sich gegen diese Ansicht, deren Unhaltbarkeit durch Prüfung der von L. bei 150 Appendicitisoperationen gewonnenen Erfahrungen dargetan wird. Erstlich wird die Fränkel'sche Behauptung dadurch unwahrscheinlich, daß der Wurmfortsatz, soweit er entfernt wird, bei Operationen, weder mit Unterbindungspinzetten noch mit Ligaturmaterial in Berührung kommt. L. klemmt erst das Mesenteriolum, danach den Processus selber ab, wonach die Abtrennungen erfolgen — daß durch die Maßnahmen Blutungen entständen, ist wenig plausibel. Ferner wurden an den exstirpierten Wurmfortsätzen, falls überall Blutungen zugegen waren, solche immer nur in der Schleimhaut, niemals in der Serosa oder Subserosa nachgewiesen, was schlecht begreiflich erscheint, wenn wirklich die Abbindung der Blutungsgrund wäre. Endlich spricht die prozentuale Verteilungshäufigkeit der vorgefundenen Blutungen auf die verschiedenen Krankheitszustände des Processus, die seine Exstirpation veranlaßten, gegen die Fränkel'schen Behauptungen. Es ist also anzunehmen, daß die Blutungen durch die jeweilig bestehenden Krankheitszustände veranlaßt werden, und wahrscheinlich beruhen sie lediglich auf Entzündungsvorgängen. Unter 13 von R. genauer mikroskopisch untersuchten exstirpierten Fortsätzen fanden sich in fünf Fällen deutliche entzündliche Prozesse in der Darmwand.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

11) **Stanton.** The sequence of the pathologie. Changes in appendicitis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. October 6.)

An 485 Wurmfortsätzen, die durch Operation gewonnen wurden, sind die sorgfältigsten makroskopischen und mikroskopischen Untersuchungen ausgeführt. S. hat die Befunde tageweise geordnet und so ein übersichtliches Bild vom Voran- und Zurückgehen der pathologischen Veränderungen gewonnen, welches sehr lehrreich ist.

Am 1. Tage fanden sich verhältnismäßig wenige grobanatomische Veränderungen, während histologisch die Durchsetzung aller Schichten

des Wurmfortsatzes mit polynukleären Leukocyten auffiel; auch fanden sich Blutungs- und Gangränherde, nicht allein in der allerdings am meisten betroffenen Schleimhaut, sondern auch in den anderen Darmwandschichten. Die Leukocyteninfiltration verdeckte letztere Veränderungen häufig am 2. Tage, wogegen grob sichtbare Gangrän- und Blutungsherde auftraten. Sonst waren die Veränderungen gegen den ersten Tag nur der Stärke nach verschieden. Am 3. Tage machte sich die fortschreitende Nekrosenbildung besonders bemerklich, die jetzt in größeren Flächen auftrat, zugleich aber begannen Heilungsvorgänge sich anzubahnen in Form von Fibroblastenansammlungen, die von der Serosa aus eindrangen und am 4. Tage schon zu Blutgefäßneubildungen auf der Serosa führten. Makroskopisch war kein nennenswerter Unterschied gegen den vorhergehenden Tag nachweisbar. Am 5. Tage waren die Heilungsvorgänge bei nicht gangränösen Fällen schon sehr deutlich, die jungen Blutgefäße sandten schon Ausläufer in die fibrinösen Auflagerungen der Serosafläche, während bei den gangränösen Fällen die Nekrose sehr ausgesprochen und ausgedehnt war. Am 5. Tag erreichte auch die Bildung flüssiger Exsudate, die immer mehr eitrigen Charakter vom Beginn an annahmen, den Höhepunkt mit 55,5% gegen 20% am 1. Tage. 6. Tag. Auch bei den Gangränfällen waren jetzt deutliche Herstellungsvorgänge nachweisbar, während bei den anderen schon junge Bindegewebsfasern sich bildeten, die Schleimhautgeschwüre meist verheilt waren. 7.—10. Tag. Die akuten Entzündungserscheinungen waren in diesem Stadium schon wesentlich geringer, neben den ausgesprochenen umschriebenen Abszessen fanden sich schon recht feste Verwachsungen; bei fehlender Eiterung war die makroskopische Veränderung gering, nur geringe katarrhalische Schleimhautveränderungen fanden sich in vielen Fällen. Histologisch zeigte sich das Fortschreiten der Bindegewebsneubildung; bei einer Anzahl fanden sich aber auch noch frische Nekrosenherde und frische Leukocyteninfiltration. 11.—15. Tag. Makroskopisch geringe Veränderungen; mikroskopische Bindegewebsneubildung innerhalb der Wandungen kennzeichneten dieses Stadium. Nur spärlicher, eingedickter Eiter, umgeben von dicken Bindegewebsmassen, war bei einzelnen Fällen vorhanden. 16.—30. Tag. Immer mehr machen sich die chronischen Formen geltend, gekennzeichnet durch Verwachsungen auf der Serosa und Vernarbung im Darmteile selbst.

Das wichtigste Ergebnis der Untersuchungen ist, daß gleich von vornherein, am 1. Tage des Anfalles, die Erkrankung nicht auf die Schleimhaut beschränkt, sondern durch alle Schichten des Wurmfortsatzes nachweisbar ist. Verf. kommt aus seinen Untersuchungen zu dem Schluß, daß alle so verschieden verlaufende Appendicitisanfälle nur durch die Unterschiede in dem Grade der Veränderungen bezw. durch die verschieden lange, seit dem Einsetzen der Erkrankung verflossene Zeit bedingt sind.

Trapp (Bückeburg).

---

13) **Boas.** Über die Diagnose und Therapie der chronischen Perityphlitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 27.)

B. unterscheidet zwei Formen der chronischen Perityphlitis. Die eine stellte die wiederholten Erscheinungen einer akuten Wurmfortsatzentzündung dar, die andere hat überhaupt niemals akut begonnen, sondern von vornherein einen chronischen Beginn gezeigt. Bei der ausführlichen Besprechung der Ätiologie und Diagnose dieser letzteren Form legt B. besonderes Gewicht auf die Druckempfindlichkeit am McBurney'schen Punkt, sowie regelmäßige, wochenlang durchgeführte Temperaturmessungen in der Achsel und im Mastdarm. Ein Unterschied, der 0,5 im Mastdarm wesentlich übersteigt, spricht für entzündliche Voranzeige im Becken und gegen einen Dickdarmkatarrh. Der Tastung des Wurmfortsatzes legt B., als zu Täuschungen geeignet, keine große Bedeutung bei. Mit einer gewissen Zurückhaltung stellt er den Satz auf, daß die chronisch sich entwickelnden Fälle auch chronisch bleiben. Durch die Exstirpation des Processus vermiformis wird der chronische Dickdarmkatarrh nicht beseitigt, aber die Ansichten der Behandlung eines chronischen Dickdarmkatarrhs sind wesentlich günstiger. Therapeutisch ist für die Fälle von chronischer Appendicitis, da eine Heilung der Veränderungen am Wurmfortsatze nicht stattfindet, die Operation das günstigste und sicherste Verfahren. In der sehr lebhaften Diskussion, den dieser Vortrag im Verein für innere Medizin hervorrief, sprachen Albu, Kraus, Karewski, Rosenheim.

Borchard (Posen).

---

14) **Karewski.** Ursache, Verhütung und Behandlung des perityphlitischen Anfalles.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 20 u. 21.)

Der im Verein für innere Medizin in Berlin gehaltene Vortrag gipfelt in folgenden Sätzen. Die Enterokolitis ist die gewöhnliche Ursache der Appendicitis. Jeder Darmkatarrh ist als eine ernste Affektion zu betrachten. Seine sorgfältige Behandlung ist zur Verhütung des perityphlitischen Anfalles absolut nötig. Die physikalisch-medizinische Therapie hat aber schon bei ausgesprochener Appendicitis ihre Grenzen. Der perityphlitische Anfall kann nur mit dem Messer sicher bekämpft werden.

Borchard (Posen).

---

15) **C. W. Strobell** (Rutland). A new method of performing appendicectomy.

(Amer. journ. of surgery 1905. April.)

Bei einer idealen Appendicektomie darf nach Verf. nichts unterbunden oder genäht, nur wirklich Krankes exstirpiert, die Möglichkeit einer postoperativen Blutung muß ausgeschlossen und die Operation in strengerem Sinne als bisher blutlos ausgeführt werden. S. macht — nur in Fällen, wo es möglich ist, und in Wirklichkeit hat er nur

einen Fall so operiert — einen Längsschnitt durch das Bauchfell des Wurmfortsatzes von der Spitze bis zur Basis an der dem Mesenteriolum abgewandten Seite, schält den Wurmfortsatz aus seiner Bauchfellhülle aus, amputiert ihn 1 cm vom Blinddarm entfernt, kauterisiert mit 5%iger Karbolsäure und Alkohol, dehnt den Stumpf, bringt einen Aluminiumring von 1 cm Durchmesser hinein, stülpt die Wandungen in diesen hinein und preßt nun den Ring zusammen, so daß der Stumpf geschlossen ist. Der Ring wird nach etwa einer Woche auf natürlichem Wege entleert. Um die Peritonealhülle des Wurmfortsatzes kümmert Verf. sich nicht. (Abgesehen davon, daß die Operation [das Hineinbringen des Ringes in den Stumpf und das Einstülpen desselben] öfter mißlingen und lange dauern dürfte, wird jedenfalls eine Hauptbedingung zur raschen Wundheilung in der Bauchhöhle, die Überkleidung des Stumpfes mit Bauchfell, vernachlässigt, so daß das Verfahren kaum zu empfehlen sein dürfte. Ref.)

Goebel (Breslau).

---

16) **T. Jonnescu** (Bukarest). Die Radikalkur der Inguinalhernien, ohne versenkte Nähte. Beschreibung eines neuen Vorgehens.

(Revista de chirurgie 1905. Mai.)

Verf. hat seine Methode der radikalen Operation von Leistenbrüchen ohne versenkte Nähte im Jahre 1897 auf dem Moskauer Kongreß dargelegt, seither eine bedeutende Anzahl von Fällen (241) nach derselben operiert und verschiedene Veränderungen angebracht, die er nnn in einer ausführlichen Arbeit, betreffend die ganze Operation, des näheren beschreibt. Treffliche Illustrationen veranschaulichen alle Phasen des Vorganges.

In Kürze soll folgendes hervorgehoben werden. Der Hautschnitt verläuft von der Spina anterior, oberhalb und parallel mit dem Poupart'schen Bande, hat eine Länge von 8—10 cm, und werden die oberflächlichen Gefäße zwischen Pinzetten durchschnitten. Auf dem in den Leistenkanal eingeführten Zeigefinger wird mit der Schere die Sehne des Obliquus externus durchtrennt und auf jeden Teil eine lange Klemmzange gelegt, hierauf der Obliquus internus und transversus inzidiert und in ebensolcher Weise fixiert. Die Elemente des Samenstranges werden isoliert und an die untere Fläche des Bruchsackes zusammengedrängt. Der Bruchsack wird vorgezogen, geöffnet, sein Inhalt reponiert, dann auf den noch weiter vorgezogenen Sackhals zwei Klemmpinzetten angelegt, zwischen welchen etwa eine Entfernung von 1 cm bleibt; über der oberen Pinzette wird der Sack abgeschnitten. Auf diese Weise werden die Eingeweide zurückgehalten und das Bauchfell geschlossen. Es werden dann zwei Silberfäden durch die Wunde in folgender Weise durchgeführt. Der eine Faden geht durch die Haut, den Bruchsackhals, zwischen den beiden Klemmzangen durch die Musculi transversus und obliquus internus; nachdem er

einen Teil dieser Muskeln quer umgriffen hat, kehrt er in die Nähe und unterhalb der ersten Einstichöffnung zurück, indem er unter dem Poupart'schen Bande durchgeht, welches mit dem linken Zeigefinger emporgehoben wird. In ähnlicher Weise wird ein zweiter Silberfaden im oberen Teile der Wunde angelegt, welcher ebenfalls einerseits die Haut und die Muskeln, andererseits den Transversus und Obliquus internus in sich faßt. Ist die Schnittöffnung größer, so werden drei Nähte angelegt. Hierauf werden zwischen diesen Nähten solche mit Crin de Florence in Achterturen angelegt, und zwar mit folgender Reihenfolge des Durchstiches: Aponeurose des Obliquus externus (unterer Wundlappen), Obliquus internus und transversus (unterer Wundlappen), Muscul. transversus und Obliquus internus (oberer Wundlappen) und Aponeurose des Obliquus externus (oberer Wundlappen). Es werden hierauf die Silberfäden zusammengezogen und über einer Gazerolle zusammengeschnürt, dann die Crin de Florence-Nähte angelegt. Alle oberflächlichen Nähte werden am 6. oder 7. Tage entfernt, die Silberfäden erst am 12. Hierbei muß die Vorsicht beobachtet werden, daß der eine Faden knapp an seiner Eintrittsstelle in die Haut abgeschnitten und während des Herausziehens die Gazerolle gegen die Haut gedrückt werde; auf diese Weise werden Zerrungen und Schmerzen am besten verhütet. **E. Toff** (Braila).

---

17) **P. Camescasse** et **R. Lehman.** Cure radicale de la hernie inguinale.

Chirurgie enseignée par la stéréoscopie I. 32 vues.
Paris, **Baillière et fils,** 1906. 35 fr.

Verff. haben stereoskopische Photogramme von Operationen aufgenommen zu Unterrichtszwecken und glauben damit etwas wesentlich Neues und Nützliches gebracht zu haben, besonders aus dem Grunde, weil man sich, so oft und so lange man will, die einzelnen Phasen einer Operation vor Augen führen kann. Es ist sicher, daß darin ein wesentlicher Vorzug der Methode liegt. Ob Verff. aber damit wirklich einem Schüler eine Operation beibringen können, die er nie gesehen hat, muß doch bezweifelt werden.

Das vorliegende Büchlein gibt den erläuternden Text zu 32 derartigen Aufnahmen, die die Radikaloperation einer Inguinalhernie darstellen. Einige von diesen Aufnahmen sind als Bilder beigefügt.

Die Naht der Bauchwand legen Verff. fortlaufend mit Reverdin-scher Nadel an. **E. Moser** (Zittau).

---

18) **R. v. Baracz.** Zur Radikaloperation des Nabelbruches.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII Hft. 1.)

Verf. stellt an eine Operation zur Heilung des Nabelbruches folgende Anforderungen: Sie soll die Eingriffe am Bruchsack und seinem Inhalt erleichtern, sie soll ferner einen möglichst festen Ver-

schluß schaffen, welcher einerseits dem Drucke der intraabdominellen Presse, andererseits dem fortwährenden Zuge der seitlichen Bauchmuskeln genügenden Widerstand zu leisten imstande ist. Von allen Methoden, welche zu diesem Zwecke ersonnen sind, hält er für die geeignetste diejenige, welche er in Amerika von W. J. Mayo ausführen sah. Sie wird folgendermaßen durchgeführt. Um die Bruchgeschwulst werden zwei bogenförmige Schnitte geführt, welche bis auf die Aponeurose vertieft werden. Der Bruchsack wird an der Basis von Verwachsungen befreit. Seitwärts vom Nabelringe wird die Aponeurose nun bis auf das Bauchfell ausgeschnitten und unter Kontrolle des eingeführten Fingers wird um dem Nabelring ein Kreisschnitt gemacht. Darmschlingen werden reponiert, Netz unterbunden. Auf diese Art wird der Bruchsack mit dem anhaftenden Netz und der mit ihm verwachsenen Haut samt Nabelring exzidiert. Dann bildet man zwei Lappen aus der Aponeurose, und zwar je nach vertikaler oder horizontaler Umschneidung des Bruchringes in gleicher Richtung. Diese Lappen werden durch Fadenschlingen, welche in genauer geschildeter Weise anzulegen sind, übereinander geschoben, so daß der eine Lappen den anderen bedeckt. Der freie Rand des oberen Lappens wird dann mit fortlaufender Naht an die Scheide des Rectus befestigt und die Haut darüber geschlossen. Mayo empfiehlt neuerdings, die Aponeurose in horizontaler Richtung zu durchschneiden und die Lappen in vertikaler zu verschieben, da auf diese Weise eine stärkere Spannung vermieden wird. v. B. hat zweimal mit gutem Erfolge das beschriebene Verfahren angewendet. Er glaubt aber, daß es bei sehr voluminösen Brüchen nicht anwendbar ist und empfiehlt für diese den heteroplastischen Verschluß durch Filigranpelotte.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

19) **J. Bakes.** Zur operativen Therapie des kallösen Magengeschwüres.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

B. ist der Ansicht, daß der Konservativismus zu stark bei der chirurgischen Behandlung der Magenerkrankungen in den Vordergrund getreten sei. Dieser Standpunkt sei veraltet und durch die Erfahrungen schon überholt. Das kallöse Magengeschwür mit all seinen Komplikationen der Blutung, Perforation, Stenosierung gehöre der Domäne des Chirurgen an. Von den chirurgischen Methoden zur Behandlung der Magenleiden sei die Pyloroplastik verlassen. Was die Gastroenterostomie anlangt, so seien die bei ihr gefürchteten Komplikationen, wie der Circulus vitiosus, das Ulcus pepticum, Strangulationen usw., »Gespenster«, welche der Vergangenheit angehören. (Dann sind wohl noch ganz erfahrene Leute Gespensterseher! Ref.). Indessen die palliativen Operationen haben den Fehler, daß sie an den Ursachen der Symptome, die sie beseitigen sollen, achtlos vorübergehen, ebenso wie an den weiter bestehenden Gefahren. Bleibt doch immer in unangenehmer

Aussicht, daß eine neue Magenblutung, eine Perforationsperitonitis oder ein Karzinom auf Grund des Geschwürs entsteht. B. hat deshalb die palliativen Methoden zugunsten der radikalen Heilung, der Gastrektomie, tunlichst aufgegeben. Die Furcht vor der Magenresektion ist nach Verf.s Anschauung nicht mehr am Platze, da unsere technischen Fortschritte und die Hilfsmittel zur Erhöhung der Resistenzfähigkeit unserer Pat. so gefördert seien, daß die Resektion keine größeren Gefahren mehr biete als die Gastroenterostomie. Wichtig für den Eingriff sind die Vorbereitungen und die Verwendung einer gemischten Narkose, d. h. der größte Teil der Operation wird in lokaler Anästhesie ausgeführt; nur die Orientierung und später die Reposition findet im Ätherrausch statt. Die Schnittführung ist derart, daß die Inzision am Proc. xiphoideus beginnt, durch die Linea alba bis über die mittlere Inscriptio tendinea des Rectus geht, von hier aus die Hälfte des Muskels durchsetzt und schräg nach abwärts gelangt, um dann wieder sagittal in der Nabelhöhe zu enden. Man erreicht so eine gute Zugänglichkeit des Magens. Für Pylorusresektionen hat B. einen Gastrotriptor konstruiert, welcher den Magen durch Quetschung vor Durchtrennung der Lichtung abschließt. Bei größeren Eingriffen kommt man jedoch nicht mit diesem Instrumente aus. Unter sechs Fällen von Resektion wegen gutartiger Magenleiden hat Verf. einen verloren, die anderen genasen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

20) **F. Berndt.** Zur Gastrostomie nach Marwedel.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Nach Ansicht des Verf. ist eine Sphinkterbildung aus Bauch- oder Magenmuskulatur sowohl aus physiologischen wie pathologischen Gründen ganz ausgeschlossen. Die in der Nähe gelegenen Muskelfasern gehen nach seinen mikroskopischen Untersuchungen zugrunde, die entfernteren können nicht wirken, weil sie nicht wie die natürlicheren Sphinkteren einen geschlossenen Ring bilden, sondern meist nur in einer bestimmten Richtung vorübergehend bei Muskelkontraktionen komprimierend wirken. Es ist deshalb verfehlt, nach dem eingangs erwähnten Prinzip eine Sphinkterbildung zu erstreben. Die Verschlußfähigkeit der Magenfisteln nach Witzel, Marwedel u. a. beruht auf der normalen elastischen Spannung des den Kanal umgebenden Gewebes, durch den seine Wände aneinander gedrückt werden. Muskelwirkung kommt dabei nicht in Betracht. Begünstigend wirken dann noch Knickungen eines solchen Kanals und eventuelle Klappenwirkungen einzelner Teile desselben. Von sämtlichen Methoden zur Anlegung einer Gastrostomie empfiehlt B. am meisten die von Marwedel, weil sie bei größter Einfachheit und größter Sicherheit der Schlußfähigkeit die geringste Portion Magenwand in Anspruch nimmt. B. hat in zwei Fällen sehr gute Resultate erziehlt. (Ref. hat in viel mehr Fällen niemals Grund gehabt, die Witzel'sche Methode aufzugeben).

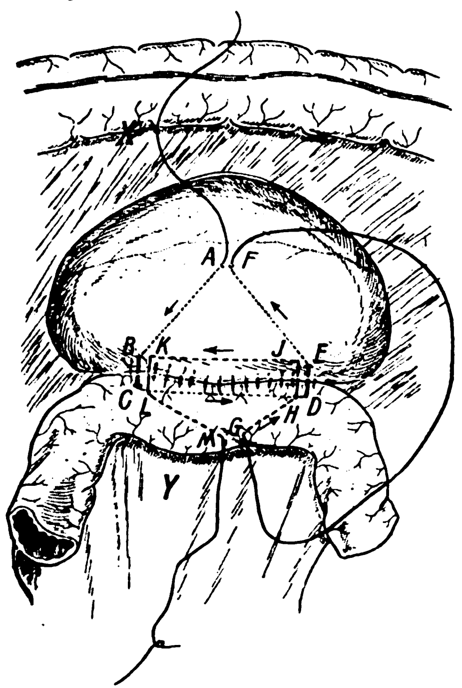
E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

21) **Manry.** The twine triangular stitch for gastro- and entero-enterostomy.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

M. bespricht seine Methode, die Gastroenterostomie durch Abschnüren eines Teiles der Magen- und Darmwand vermittels gedrehter Seide anzulegen. Sie ist in kurzen Zügen folgende: Nachdem die hintere Wand des Magens durch das Mesokolon gezogen ist, wird eine Dünndarmschlinge im ∢ von 90° an ihr durch Lembert'sche Nähte — und zwar eine doppelte Nahtreihe — befestigt. Dann wird eine etwas stumpfe Nadel bei *A* durch die Magenwand gestochen, bei *B* wieder ausgeführt, bei *C* in den Darm eingestochen, bei *D* ausgeführt, bei *E* durch die Magenwand und bei *F* wieder aus derselben ausge-



stochen. Mit derselben Nadel wird nun wieder bei *G* in den Darm gestochen und auf ähnliche Weise wie oben geschildert der Weg *G H I K L M* zurückgelegt. Nunmehr werden die Fäden *X* und *Y* festgezogen und geknotet. Das Verfahren wurde bei 29 Hunden angewandt, von denen 13 infolge der Operation starben, jedoch angeblich nicht infolge der Abschnürungsnaht. Bei den 16 am Leben erhaltenen Hunden zeigte sich, nachdem sie getötet waren, daß eine genügend große Kommunikation zwischen Magen und Darm durch Abstoßen des eingeschnürten und nekrotisch gewordenen Teiles eingetreten war. Auch an acht Menschen wurde zur Herstellung einer Gastroenterostomie das geschilderte Verfahren benutzt; vier starben, vier wurden von ihren Beschwerden befreit. Die Fälle werden aus-

führlich geschildert, die Todesfälle sollen auch hier nicht dem angewandten Verfahren zur Last gelegt werden können. Verf. glaubt, daß der gedrehte — nicht geflochtene — Zwirn zum Abschnüren besser als die von MacGraw eingeführte Gummiligatur zu verwenden sei. Auch für die Roux'sche Y-Methode der Gastroenterostomie soll sich das Verfahren eignen. Die durch die Abschnürung hervorgerufene Öffnung muß, wie die Versuche an Hunden zeigen, mindestens 35 cm und mehr vom Pylorus entfernt liegen, da sonst bei Hunden wenigstens Tetanie eintrat, an welcher die Tiere zugrunde gingen. Nach des Ref. Ansicht bedarf das Verfahren noch weiteren Studiums an Hunden, ehe es beim Menschen angewandt werden darf.

Herhold (Altona).

---

22) **A. H. Ferguson** (Chicago). Gastroenterostomy.

(Amer. journ. of surgery 1905. May.)

Eine sehr gute, kurze Übersicht über die Technik der Operation, speziell zur Vermeidung des Circulus vitiosus. Ist eine mehr als vier Zoll große Öffnung des Bauches nötig, so empfiehlt F. eine seitliche Vergrößerung des Medianschnittes. Zuerst Entfernung der eventuell bösartigen Geschwulst, dann Anastomosenbildung. Bei Zweifel, ob bös- oder gutartige Pylorusgeschwulst vorliegt, lieber radikales Vorgehen Für den Circulus vitiosus fand F. einmal Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand als Ursache (Gastroenterostomia antecol.), später Volvulus der Jejunumschlinge oder Zug der Schlinge (beim Aufstehen des Pat.) anzuschuldigen, auch einfache komprimierende Wirkung der vorderen Bauchwand. Alle diese Momente sprechen für die Gastroenterostomia retrocol., ferner das seltenere Auftreten des Ulcus peptic. bei der letzteren, da Duodenum und Jejunum im oberen Teile gegen den Magensaft widerstandsfähiger sind. Als Hauptgrund für einen Circulus vitiosus sieht F. die Tatsache an, daß das Jejunum nach unten zu immer enger wird, und daher die Speisen vom Magen aus leichter in den weiteren proximalen Teil gelangen (aber die Öffnung beider Schenkel in den Magen ist trotzdem gleich; Ref.).

F. nimmt bei der Gastroenterostomia retrocol. eine neun Zoll lange Schlinge, weil Galle und Pankreassekret bei der in Deutschland üblichen ganz kurzen Schlinge sicher in den Magen gelangten (weshalb bei größerer Länge der Schlinge weniger sicher, beweist F. nicht!).

Er schlägt vor, bei undurchgängigem resp. reseziertem Pylorus den proximalen Jejunumschenkel durch Faltung zu verengern, bei durchgängigem, abgesehen von der Enteroanastomose nach Braun, eine Faltung des zuführenden Schenkels zu machen oder (nach Fowler) eine strikturierende umschnürende Naht desselben, oder endlich (eigene Methode) das Jejunum vor Anlegen der Anastomosen zu durchtrennen und nach Doyen zu verschließen. Für die Anlegung der Anastomosen zieht er eine primäre kleine (Minimum) Anastomose vor, die dadurch sekundär vergrößert wird, daß zu beiden Seiten nach forcierter Kompression des Gewebes eine feste Seidenligatur (nach McGraw)

gelegt wird, die nun das umschnürte Gewebe zur Nekrose bringt. Die sero-serösen Nähte werden natürlich um den ganzen umschnürten Bezirk herum gelegt. Das Verfahren gleicht dem von Wullstein inaugurierten, dürfte aber nach dem Eindruck des Ref. kaum schneller, sondern eher komplizierter und langsamer sein, als das in Deutschland geübte der primären weiten Anastomose mit Naht oder Murphyknopf.

Krankengeschichten oder sonstige Belege für Erfolge die seiner Methode gibt Verf. nicht. **Goebel** (Breslau).

---

23) **M. v. Čačković.** Über hartnäckigen Gallenrückfluß nach Gastroenterostomie, bedingt durch offenen Pylorus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Verf. hat in sechs Fällen nach einer Gastroenterostomie eine Relaparotomie und Neuanlegung einer Kommunikation zwischen zu- und abführendem Jejunumschenkel gemacht. In vier Fällen hatte dieser Eingriff einen vollen Erfolg, während zweimal der Gallenrückfluß gar nicht beeinflußt wurde, und zwar deswegen, weil in beiden Fällen der Pylorus offen war, so daß die Galle durch denselben rückläufig in den Magen fließen konnte. v. C. hält es deshalb für angebracht, in allen Fällen, bei welchen eine zweite Laparotomie nach Gastroenterostomie wegen des Circulus vitiosus gemacht wird, sich davon zu überzeugen, ob der Pylorus wieder eine Lichtung bekommen oder ob er sich erweitert hat. Ist dies der Fall, so ist er unbedingt zu schließen, da es keine Methode gibt, durch welche sonst der Gallenrückfluß bei offenem Pförtner zu beseitigen wäre. Außerdem soll man aber auch die Gastroenterostomieöffnung untersuchen und sie schon beim Verdacht einer Störung in die Y-Form verwandeln. Dies letztere kann am einfachsten geschehen durch Anlegung einer Enteroanastomose zwischen den Darmschenkeln der ersten Fistel und durch Verschluß des einen Schenkels durch Tabaksbeutelnaht. Man darf auch nötigenfalls den abführenden Darmschenkel verschließen; denn bei der Verbindung mit einer Braun'schen Enteroanastomose sind beide Schenkel für den Abfluß des Mageninhaltes nach Ansicht des Verf. gleichwertig. Starben auch beide Pat., bei welchen Verf. die vorliegende Störung zu beseitigen suchte, so wurde doch bei dem einen ein länger andauernder Erfolg erzielt, welcher die Berechtigung des vorgeschlagenen Verfahrens erweist. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

24) **P. Parkinson.** Illustrations of the importance of rectal examination in children.

(Practitioner 1905. July. p. 72.)

In allen Fällen von Erkrankung der Bauchorgane rät Verf., bei Kindern die Digitaluntersuchung vom Mastdarm aus vorzunehmen, da wegen der Nachgiebigkeit des Zellgewebes in der Umgebung des Mastdarmes und der Flexur bis zur Niere und Leber hinauf eine Abtastung möglich wäre und auf diese Weise nicht nur krankhafte

Prozesse am Verdauungskanal, sondern auch an den Genitalorganen diagnostiziert werden könnten. Mehrere Beispiele von Darminvagination, Fremdkörpern im Darm, Blasensteinen usw. werden aufgeführt.

Jenckel (Göttingen).

25) **S. G. Gant** (New York). Chronic constipation due to invagination of the sigmoid into the rectum and its surgical treatment.

(Amer. journ. of surgery 1905. April.)

Kurzer klinischer Vortrag, in dem G. behauptet, daß das obige Leiden oft Ursache von schwieriger Defäkation sei. Symptome sind außerdem das Gefühl von nicht vollständiger Entleerung des Mastdarmes, bedingt durch Druck des invaginierten Dickdarmes auf den Mastdarm, Tenesmus, Gefühl von Zug nach unten in den Eingeweiden, Katarrh, Geschwür, Schleim-, Blut- und Eiterabgang. Der Kot bleibt in der Flexur, macht Ulzeration, Autointoxikation, Anämie usw. Diagnose durch Palpation und Rektoskopie. Ursache soll abnorm lange Flexur oder verlängertes Mesenterium oder Enteroptose der Beckeneingeweide usw. sein. G. hat 25mal Kolopexie für Invagination und Vorfall (ist hier auch Mastdarmvorfall gemeint? Ref.) gemacht mit meist sehr »befriedigendem Resultat«. Skarifizierung der Darmserosa und Annähung direkt an die Fascie mit Seide oder Chromcatgut. Flüssige Diät und Ruhigstellung der Därme nach der Operation 8 Tage lang, dann zweitägige Entleerung; Entlassung nach 2 bis 3 Wochen.

Goebel (Breslau).

26) **Wallis.** The cause and treatment of pruritus ani.

(Brit. med. journ. 1905. May 13.)

Verf. fand in über 90% bei 272 Fällen von chronischem Pruritus ani als Ursache des Leidens ein Geschwür im After zwischen Sphincter internus und externus, meist am hinteren Umfange nahe der Mittellinie. Fast ausnahmslos verschwand der Juckreiz nach Dehnung des Sphinkters und Kauterisation des Geschwüres mit dem Galvanokauter. Bei ringförmig den ganzen Umfang des Afterkanales einnehmenden Geschwüren exzidiert er das ganze befallene Gewebe und näht den oberen Schleimhautrand an den Hautschnittrand. Die Kauterisation macht er auch ambulant unter Eukainanästhesie. Auf Grund dieser Erfahrungen hält W. die von Ball (Referat d. Zentralbl. für Chirurgie 1905 Nr. 27) angegebene Methode zur Heilung des chronischen Pruritus — Durchschneidung sämtlicher Hautnerven um den After herum durch Abpräparierung zweier Hautlappen von ihrer Unterlage — für unnötig.

W. Weber (Dresden).

Kleinere Mitteilungen.

(Bericht aus seiner orthopädisch-chirurgischen Kinderklinik in Charkow.)

Eine neue Beckenstütze.

Von

Dr. Julius Finck.

Die verschiedenen in neuerer Zeit empfohlenen Beckenstützen müssen als Variationen eines und desselben Grundtypus, des zentrischen, aufgefaßt werden.

Es dürfte doch kaum als rationell bezeichnet werden können, daß man, zwecks Anlegung von Becken- und Hüftverbänden, den Kranken mit seinem ungepolsterten Kreuzsteißbein auf eine verhältnismäßig kleine Metallplatte so lagert, daß fast das ganze Gewicht des Kranken auf ihr ruht. Gewiß ist es dem narkotisierten Kranken gleichgültig, worauf er liegt, dem wachen aber nicht, der wenigstens schmerzlos liegen möchte. Wir können immer wieder die Erfahrung machen, wie besonders unsere abgemagerten Pat. nach kurzem Liegen auf der Stützplatte anfangen unruhig zu werden. Um dem peinlichen Drucke von unten auszuweichen, rutschen sie hin und her, bis sie glücklich auf einer Gesäßbacke gelandet sind. Dabei kann natürlich von einem ruhigen, zielbewußten Arbeiten keine Rede sein. Aber auch die Stabilität der Lagerung des Kranken auf einer solchen Beckenstütze ist eine problematische. Auf ihr balanciert der Kranke. Jeder feste, lateralwärts geführte Bindenzug wird daher ein Wackeln des Körpers hervorrufen. Die Folge ist, daß man unwillkürlich die Bindentouren weniger fest anlegt, als sie angelegt werden könnten, woher die Beckenverbände meistens zu locker ausfallen.

Weiter muß ich noch auf einen dritten Umstand aufmerksam machen.

Man wird nämlich die Erfahrung machen können, daß nach der Korrektur einer Flexionskontraktur des Hüftgelenkes der Gipsverband, welcher doch innig der Haut der Hüftbeuge anlag, nach einiger Zeit gewöhnlicher Lagerung von ihr abgerückt erscheint. Diese zwischen Haut und Verband erscheinende Lücke wird um so größer ausfallen, je fetter das Individuum ist, welchem der Verband gemacht wurde. Wird nun der Gipsverband nach seiner Ausdienung entfernt, dann steht man wie vor einem Rätsel; die während der Operation so schön verstrichene Inguinalfalte ist wieder da!

Wie ist das zu erklären?

Während der Kranke auf der Beckenstütze liegt, hängen die mit nichts unterstützten Nates, ihrer Schwere entsprechend, wie zwei schlaffe Säcke herab. Das dadurch geschaffene Verhältnis entspricht dem des natürlichen Liegens auf einer mehr oder weniger harten Unterlage nicht. Bei diesem werden die Nates komprimiert, abgeplattet, ein Zustand, welcher auch innerhalb des Gipsverbandes eintreten muß. sobald man den Kranken von der Beckenstütze herab gewöhnlich auf den Rücken lagert. Das Becken senkt sich jetzt im Verbande seiner Schwere nach so lange, bis es am Verbandboden seine Unterstützung gefunden hat, also bis die für die Senkung Raum schaffenden Nates genügend komprimiert sind.

Wir haben es freilich nicht immer mit einer Senkung des Beckens in toto zu tun, sondern auch mit einer Drehung um eine frontale Achse, welche durch das Becken gelegt zu denken ist. Eine totale Senkung kann durch das Kreuzbein aufgehalten werden, sofern es sich direkt dem Verbandboden anlegt. Dann kommt es aber zur Drehung, es senkt sich die untere Hälfte des Beckens allein, während die obere sich hebt. In jedem Falle ist die Folge eine Flexionsbewegung im Hüftgelenk, unterstützt durch die elastische Spannung, in welche die Gewebe, auch trotz des ausgiebigsten Redressements, versetzt werden.

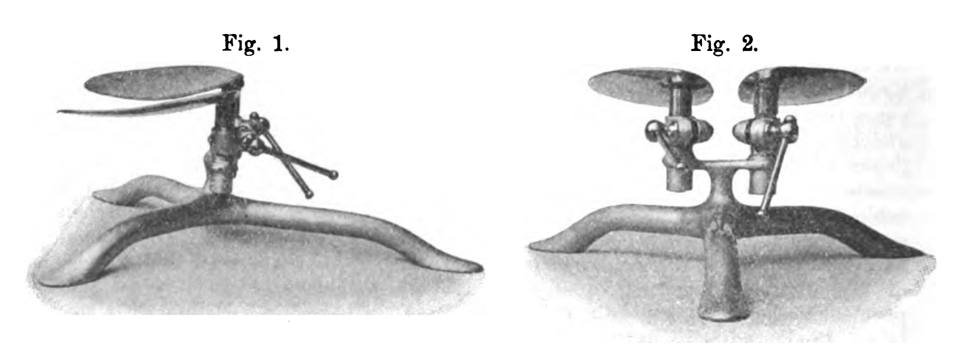
Das Rezidiv tritt also ein, weil durch die Methodik der Lagerung vor der Verbandanlegung dafür Raum geschafft wird.

Der Weg, den man zu betreten hätte, um einer solchen mißlichen automatischen Korrigierung unserer Arbeit vorzubeugen, wäre die Herstellung solcher Verhältnisse, wie sie dem natürlichen Liegen entsprechen, vor Anlegung des Verbandes, also die präservative Kompression der Nates.

Das kann erreicht werden durch zwei Unterstützungsflächen, auf welchen der Kranke mit seinem Gesäß ruht, etwa wie auf zwei unterfassenden Händen. Mit diesem ist das Prinzip für eine exzentrische Beckenstütze gegeben, alles übrige ist Sache einer mehr oder weniger geschickten Konstruktion.

Meine Beckenstütze, welche Fig. 1 von der Seite und Fig. 2 von vorn gesehen zeigt, besteht aus einem Stativ (Dreifuß) mit zwei senkrechten und parallelen Hohlzylindern. In letzteren laufen, wie die Welle in ihrem Lager, die zylindrischen Stiele der beiden Stützplatten.

Fig. 1. Fig. 2.



Die Stützplatten selbst sind leicht ausgehöhlt, zum Kopfende des Kranken hin leicht abschüssig, und von außen nach innen schräg gestellt. Durch diese Anordnung liegt das Becken auf ihnen fest wie in einer Mulde, das empfindliche Kreuzbein bleibt frei. Je nachdem, ob es sich um Kinder oder Erwachsene handelt, werden die Platten durch Drehung der Stiele im Lager näher resp. weiter divergent gemacht und so verschraubt. Nur für ganz kleine Kinder, etwa bis zum 4. Lebensjahre, ist es vorteilhaft, sich der kleinen Reserveplatten zu bedienen, welche mitgeliefert werden.

Das Abnehmen des Kranken von der Beckenstütze nach Fertigstellung des Gipsverbandes, welches ja so geschehen muß, daß der Verband nicht leidet, gestaltet sich sogar bei doppelseitigen Hüftverbänden zu einem ganz einfachen Akte. Die beiden Schrauben werden gelöst, worauf man den Kranken um die Höhe der Stiele, also ca. 8 cm, hochhebt. Dadurch werden letztere aus ihren Lagern, welche geölt sein müssen, herausgehoben. Die Platten werden jetzt leicht und glatt unter dem Verbande hervorgeholt, die rechte nach links hin, die linke nach rechts, wie die Löffel der Geburtszange.

Diese Beckenstütze erfüllt, was ich durch eine große Anzahl von Proben konstatiert gefunden habe, die drei Bedingungen, welche an sie zu stellen sind. Sie garantiert:

1) Ein schmerzloses Liegen.
2) Ein stabiles Liegen.
3) Die Kompression der Nates.

Außerdem gibt sie, was nicht gering anzuschlagen ist, sowohl dem Pat. das Gefühl der Sicherheit, als auch dem Arzte das Gefühl der Ruhe. Die Verbände aber, welche auf ihr gemacht sind, sitzen fest.

Die Beckenstütze ist von Albert Stille, Stockholm, in bekannter solider und gefälliger Art ausgeführt worden und auch von ihm zum Preise von 40 schwedischen Kronen zu beziehen.

---

27) **J. B. Farmer, J. E. S. Moore, C. E. Walker.** On the behaviour of leucocytes in malignant growths.

(Lancet 1905. August 5.)

Die Arbeit geht aus dem Laboratorium des Imperial cancer research fund hervor, und Verff. berichten über Beobachtungen sehr interessanter Art, die sie bei Karzinomen des Mastdarmes, Hodensackes, Penis sehr frühen Stadiums machten. Es handelt sich um ein eigentümliches Verhalten der Leukocyten zu den Gewebszellen meist in der Peripherie dieser, wie gesagt, sehr jungen Krebse; bei Krebsen älteren Datums oder Metastasen konnten die Befunde nicht erhoben werden. Die Beobachtungen beweisen den Verff. angeblich, auf Grund cytologischer Zellphänomene des Krebsfrühstadiums, eine Transmutation normaler Gewebszellen in Krebszellen. Bekanntlich findet man bei der histologischen Untersuchung von Karzinomen hier und da einmal das Bild, daß eine Gewebszelle einer krebsig infiltrierten Partie leukocytenhaltig ist; man erklärte sich dieses mit Phagocytosis u. dgl. Zu einer wesentlich abweichenden Auffassung werden aber die Verff. auf Grund ihrer Untersuchungen gedrängt. Diese ergaben nämlich, daß auf ein solches Eindringen eines Leukocyten in eine Gewebszelle eine gemeinsame Teilung desselben folgt; die Kerne beider Zellen durchlaufen dabei die Phasen der Mitose entweder in separaten Spindeln, oder die Spindelfiguren mischen sich, wie bei der ersten Teilung des Eies bei dem Befruchtungsvorgang.

Es bestehen andererseits dennoch Abweichungen markantester Art von diesem Prozesse, wie in der Arbeit dargetan wird.

Die Veröffentlichung, die auch Abbildungen der Befunde enthält, ist bei ihrer Kürze wohl analog den bei uns sogenannten »vorläufigen Mitteilungen« aufzufassen, eine umfassendere Arbeit steht uns wohl noch bevor. Jedenfalls darf man bei der großen Bedeutung dieser Beobachtungen auf ihre Bestätigung gespannt sein, da sie die jetzt allgemein angenommene Krebsentstehungstheorie aus einem Zentrum über den Haufen werfen würde. Die Namen der bekannten Autoren dürften im übrigen für die Exaktheit der Untersuchungen bürgen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

28) **H. Lippmann.** Über einen Fall von akuter hämatogener Karzinose.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 2.)

Bei einem 67jährigen Manne hatten sich innerhalb 4—5 Tagen zahlreiche schmerzhafte Knötchen auf der Haut gebildet. Probeexzision ergab Karzinom. Der stark heruntergekommene, über Schmerzen in Leib und Brust klagende Mann starb 2 Wochen darauf.

Es fand sich die ganze Haut, die Fascien, die Muskeln, das ganze Peritoneum, Epikard, Pleura und Mesenterium, die Oberfläche von Leber und Harnblase von gleichmäßigen, linsen- bis hanfkorngroßen Krebsknoten durchsetzt. Die Supraclaviculardrüsen sind walnußgroße, harte Knoten, der Ductus thoracicus ist in eine harte Geschwulstmasse eingebettet. Die Primärgeschwulst ist ein kleines, klinisch symptomlos verlaufenes Magenkarzinom. Die akute allgemeine Dissemination des Krebses kann nur durch Einbrechen in die Blutbahn, wahrscheinlich vom krebsigen Ductus thoracicus aus, erklärt werden. **K. Schultze** (Bonn).

29) **Harrington.** Subperitoneal pelvic fibromata.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

Verf. unterscheidet drei Klassen der Geschwülste, welche von dem das Bauchfell umgebenden Gewebe ausgehen: die präperitonealen, retro- und subperitonealen. Unter den letzteren, welche vom Beckenbindegewebe ihren Ursprung nehmen, bilden die subperitonealen Fibrome eine besonders abgegrenzte Gruppe. Die klinischen Symptome derselben bestehen in einer Anschwellung in der Gegend der großen Labien oder des Dammes; die Anschwellung setzt sich nach oben ins kleine

Becken fort, und es kann diese Fortsetzung durch Untersuchung durch Scheide oder Mastdarm gefühlt werden. Eine Verwechslung mit Hernien ist um so leichter möglich, als sich dieselben in die Geschwulst einstülpen können; auch die Blase kann in sie hineingelagert sein. Zwei derartige von H. operierte Fälle werden näher beschrieben. Aus der Literatur vermochte er 19 Fälle zu sammeln; 13 derselben waren operiert mit vier Todesfällen. Mikroskopisch bestehen die Geschwülste aus längsgefalteten Fibrillen, in welche flache endotheliale und Bindegewebszellen eingelagert sind. **Herhold** (Altona).

30) **Joly.** Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, laparotomie. Resection d'un lambeau contus et dechiré du grand épiploon. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Juin.)

Der Überschrift ist noch hinzuzufügen, daß der im großen Netz angetroffene Riß 8 cm lang war, und daß sich infolge Blutung aus einem großen Gefäß des Netzes Blut und Blutklumpen in der Bauchhöhle vorfanden. Bestimmend für die Laparotomie war nur der 19 Stunden nach der Verletzung eingetretene Wechsel im Aussehen des Pat. Verf. weist darauf hin, daß Bauchkontusionen, welche anfänglich leicht erscheinen, ohne Laparotomie tödlich endigen können. Ein Phänomen, welches bei Verletzungen des großen Netzes öfters angetroffen werden soll, wurde bei dem Verletzten beobachtet, nämlich die reflektorische Erweiterung der Pupillen. **Herhold** (Altona).

31) **Coste.** Psoitis simulant une appendicite.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Juin.)

Eine 28jährige Frau erkrankte an heftigen Schmerzen in der rechten Fossa iliaca, die Bauchdecken waren gespannt, der MacBurnay'sche Punkt war stark druckempfindlich, die Temperatur leicht erhöht. Da der Zustand sich nicht besserte, wurde die Laparotomie in der rechten Bauchhälfte gemacht in der Annahme, daß es sich um eine Appendicitis handelte. Es wurde jedoch durchaus nichts Krankhaftes gefunden. Nach einiger Zeit wurde noch einmal extraperitoneal auf die rechte Darmbeingrube eingedrungen und eine serös-purulente Flüssigkeit entleert. Als Pat. einer schnellen Kachexie erlegen war, fand sich bei der Autopsie eine Psoitis purulenta. In dem Falle war eine Hyperästhesie der Haut über der Blinddarmgegend nicht vorhanden gewesen. Diese Hyperästhesie ist nach Dieulafoy ein wichtiges Symptom für das Bestehen einer Appendicitis.

Herhold (Altona).

32) **Tuttle** (New York). Appendicostomy.

(Amer. journ. of surgery 1905. June.)

Die Appendicostomie hat ihren Namen durch Willy Meyer erhalten und ist von Weir erdacht, aber auf die Anregung Hale White's (London) zurückzuführen, bei chronischer Kolitis einen rechtsseitigen Kunstafter zur Entlastung und lokalen Medikation des Kolons anzulegen. Die Operation, wie sie T. jetzt ausführt, besteht in einer Einnähung der Basis des Wurmfortsatzes in die Bauchdecken, der erst nach 36—48 Stunden die Amputation derselben etwa $^1/_4$—$^1/_2$ Zoll oberhalb der Bauchhaut folgt. Meist wird das Organ schon gangränös gefunden, da die ernährenden Gefäße mit dem Mesenteriolum abgebunden sind. Nach event. nötiger Erweiterung der Lichtung wird ein Gummikatheter (Nr. 10—12) 4 Zoll tief eingeführt und mittels eines um den Rest des Wurmfortsatzes gelegten Seidenfadens fixiert. T. selbst hat fünfmal so operiert, vier Fälle waren sichere Amöbendysenterien; ein Pat. starb an akzidenteller Krankheit (Tuberkulose). Außerdem findet er 16 Fälle, von denen er einige ausführlich beschreibt. 17 Fälle sind geheilt, soweit bekannt; außer seinem eigenen Todesfall ist nur noch ein zweiter (multiple Papillome) registriert; von einem Fall ist das Resultat unbekannt und einer ist wesentlich gebessert.

Als Spülflüssigkeit empfiehlt Verf. in erster Linie kaltes Wasser. Nach 8 bis 10 Tagen können die Pat. die Spülungen selbst zuhause machen. Der Schluß der Fistel, die stets dicht war, erfolgt prompt nach Ätzung mit Höllenstein.

Goebel (Breslau).

33) **Peterson.** A case of amebic dysentery treated by appendicostomy.
(Post-graduate 1905. p. 714.)

P. empfiehlt warm die Vornahme der Appendicostomie in Fällen chronischer Dysenterie behufs direkter Irrigationstherapie des Dickdarmes. Die Operation ist technisch einfach und war in einem Falle von Amöbendysenterie von gutem Erfolge begleitet; sie ist von Tuttle und Meyer empfohlen worden.

Der Pat. P.'s war 36 Jahre alt, erkrankte unter schweren Erscheinungen von Amöbendysenterie und magerte trotz interner Behandlung und rektaler Irrigationen in besorgniserregender Weise ab. Nach dem nur 15 Minuten währenden Eingriffe wurde das Kolon abwechselnd mit eiskalter Chininlösung (1:1500) und eiskalter Höllensteinlösung (1:2000) durchspült mit dem Erfolge, daß Pat. sofort sich auffallend besserte, binnen 4 Wochen 15 Pfund zunahm, eine gesunde Gesichtsfarbe bekam und nunmehr bei der üblichen Diät eines gesunden Mannes, die er gut verdaut, ganz beschwerdefrei ist. Amöben sind jetzt im Stuhlgange nicht mehr nachzuweisen.

W. v. Brunn (Rostock).

34) **Deanesly.** The curability of hernia at all ages by operation.
(Brit. med. journ. 1905. June 17.)

Die Arbeit gipfelt in einer Empfehlung der Kocher'schen Radikaloperation von Hernien in jedem Lebensalter auf Grund von 142 Operationen mit 95% Dauererfolgen bei einer Beobachtungsdauer von mindestens 2 Jahren. Jede Art von Schenkel- und Leistenbrüchen ist auf diese Weise heilbar. Die große Leistungsfähigkeit der Methode von Kocher ist ein weiterer Beweis für die Lehre D.'s, daß die Beseitigung des Bruchsackes das Wesentliche bei der Hernienoperation ist, und der Schließung der Bruchpforte nur eine unterstützende Bedeutung zukommt.

W. Weber (Dresden).

35) **R. E. Pick.** Two cases of gastrostomy with examination of stomach walls by means of the cystoscope.
(Med. news 1905. April 29.)

P. beschreibt das cystoskopische Bild der Magenschleimhaut bei zwei Gastrostomierten. Interessant ist das Öffnen des Cardiatrichters bei Schluck- und Würgbewegungen, auch ohne daß irgendwelcher Inhalt die Striktur passierte. Der Pylorus stellt ebenfalls einen Trichter dar, welcher jedoch offen ist und Luftblasen in den mit Wasser ausgefüllten Magen eintreten läßt.

Bei der Technik ist zu beachten, daß der Magen mehrere Stunden keine Nahrung aufgenommen haben darf und gründlich ausgespült werden muß.

Hofmann (Heidelberg).

36) **Moynihan.** Surgical treatment of ulcer of the stomach and of its complications.
(Brit. med. journ. 1905. April 8.)

M. berichtet über seine Erfahrungen an 217 Operationen wegen Magengeschwür und dessen Folgezuständen. Er operierte 22 mal wegen Perforation eines Magen- oder Duodenalgeschwüres mit acht Todesfällen. In jedem dieser Fälle waren Magensymptome aller Art und verschiedener Dauer der Perforation vorausgegangen. Verf. teilt die Perforationen ein in akute, subakute und chronische, je nach der Plötzlichkeit des Durchbruches, der Größe des Loches, dem Füllungszustand des Magens, der Verlegung der Perforationsstelle durch Netz, Darm oder Lymphe, der Bildung einer akuten oder chronischen Perigastritis, und meint, daß



in allen diesen Fällen eine wirkliche Heilung, d. h. Beseitigung aller Beschwerden, nur durch Operation erreicht werden kann. — Die Durchbruchsstelle saß 13mal an der vorderen Magenwand, 2mal an der hinteren. Die Todesursachen waren 6mal Chok, 1mal Empyem, 1mal subphrenische Eiterung.

Wegen gefahrdrohender Blutung wurden 22 Pat. operiert, von denen drei starben. 18mal wurde die Gastroenterostomie gemacht, 1mal die Exzision des Geschwüres allein, 3mal die Exzision mit Magen-Dünndarmvereinigung. In keinem der geheilten Fälle trat nach der Operation eine neue Blutung auf. Die Hauptanzeige zur Operation wegen Blutungen sind fortgesetzte, mäßige Hämorrhagien in kleinen Zwischenräumen, die eine chronische Anämie verursachen. In günstig liegenden Fällen macht M. die Exzision des Geschwüres, sonst beschränkt er sich auf die Magen-Dünndarmvereinigung. Er meint, daß im wesentlichen die Überdehnung des Magens diese Art von Blutungen unterhält. Die schnelle Beseitigung der Blutungen durch die Gastroenterostomie, die der Magendehnung durch prompten Abfluß entgegenwirkt, bekräftigt diese Vermutung.

In 153 Fällen wegen chronischen Magen- oder Duodenalgeschwürs führte M. die Gastroenterostomie aus mit nur zwei Todesfällen! Unter beträchtlichen Schwierigkeiten entfernte er 2mal ein Geschwür an der Cardia. In mehreren Fällen gingen anscheinend unzweifelhaft bösartige Geschwülste nach der Operation allmählich zurück. M. macht auf die Wichtigkeit dieser diagnostischen Irrtümer aufmerksam.

In 20 Fällen operierte er wegen Sanduhrmagen mit drei Todesfällen. Er bespricht die Diagnose dieses Folgezustandes eines Geschwüres und meint, er sei viel häufiger als man früher angenommen habe. Von Operationen kommen in Betracht die Gastroplastik, die Gastro-Gastrostomie, die Gastroenterostomie.

Als Methode für die Magen-Dünndarmvereinigung wählt M. die Gastroenterostomia posterior retrocolica mit kurzer zuführender Schlinge und Anheftung der Ränder des Mesocolonschlitzes an das Jejunum. So vermied er stets den Circulus vitiosus und die Hernienbildung im Bereiche des Mesocolonschlitzes.

W. Weber (Dresden).

37) **Mönckeberg.** Ein Fall von doppeltem primären Karzinom des Magens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 31.)

Das eine Karzinom saß an der Cardia und erwies sich als ein Carcinoma solidum medullare, das andere am Pylorus als ein Carcinoma adenomatosum medullare. Die gefundenen Metastasen gehörten dem Cardiakarzinom an. Der Pyloruskrebs war noch nicht ulzeriert. **Borchard** (Posen).

38) **Helmholz.** Situs transversus and atresia of the pylorus.

(Johns Hopkins hospital bull. 1905. July.)

Im Anschluß an einen selbst beobachteten Fall stellt Verf. sämtliche bisher beobachteten Fälle, 27 an der Zahl, von Atresie des Pylorus bezw. des Duodenums in einer Tabelle übersichtlich zusammen. Diese Zusammenstellung geht derartig bis ins Einzelne, der Fall eigener Beobachtung ist so ausführlich beschrieben und von solchem Interesse, daß man diese Arbeit bei Behandlung dieses Themas in Zukunft nicht wird übersehen dürfen.

Die Beobachtung H.'s betrifft ein neugeborenes Kind einer 33jährigen Mutter, die zuerst ein normales Kind geboren und danach vier Aborte durchgemacht hatte. Infolge einer — zweifellos gonorrhoischen — Infektion vor dem ersten Abort hatte sie sich einer größeren gynäkologischen Operation unterziehen müssen.

Es bestand eine ganz enorme Masse Fruchtwasser, ca. 5—7 Liter; das Kind, männlichen Geschlechts, von normaler Größe und Gewicht; Placenta ohne Besonderheit. Die Diagnose auf Pylorusverschluß ward am 6. Tage nach der Geburt gestellt und durch Gastroenterostomie Abhilfe zu bringen versucht. Tod 14 Stunden später.

Es bestand vollkommener Situs transversus, Herz rechts, Foramen ovale und Ductus arteriosus offen; rechte Lunge nur ein einziger Lappen mit Andeutung einer Trennungsfurche; linke Lunge drei Lappen ohne völlige Trennung; Milz rechts; Leber bestehend aus einem kleinen rechten und einem großen linken Lappen, an dem auch die Gallenblase sich befindet. Pankreaskopf links, Schwanz rechts; zwei kleine akzessorische Bauchspeicheldrüsen; Magen stark ausgedehnt, Pylorus links; dicht hinter ihm, etwas unterhalb des Pankreaskopfes, hört das Duodenum plötzlich auf. Etwa 1 cm weiter abwärts wird mit Mühe die Fortsetzung des Darmes gefunden; beide Enden sind ganz vom Bauchfell überzogen und vollständig voneinander getrennt, auch nicht durch einen fibrösen Strang verbunden. In das untere Ende mündet Ductus cholodochus und pancreaticus. Blinddarm links, ebenso der Wurmfortsatz; das Kolon steigt links auf bis zur Leber, zieht quer nach rechts und bildet hier unterhalb der Flexura lienalis ein großes S romanum, steigt dann rechts ins kleine Becken hinab.

Auch die Blutgefäße sind sämtlich genau umgekehrt gelagert wie normal, die Aorta entspringt aus dem rechten Ventrikel, steigt rechts neben der Wirbelsäule herab; ebenso gibt sie auch links eine Innominata, rechts die Carotis und Subclavia getrennt ab. Die Vena azygos liegt links, ja die Umkehrung geht soweit, daß die V. spermatica rechts in die V. renalis, links aber in die V. cava inferior mündet.

Zwei Abbildungen und ein Literaturverzeichnis sind beigegeben.

W. v. Brunn (Rostock).

39) **Audry** et **Sarvonat.** Rétrécissement congénital du pylore chez un nourrisson.

(Lyon méd. 1904. May 7.)

Das Kind, über welches Verff. berichten, kam 3 Tage nach der Geburt wegen häufigen Erbrechens in ihre Behandlung. Galle war nie in dem Erbrochenen. Etwa 14 Tage nach Beginn der Beobachtung wurden heftige peristaltische Bewegungen des Magens bemerkt. Unter häufigem Erbrechen magerte das Kind immer mehr ab und starb schließlich etwa 5 Wochen nach der Geburt, nachdem kurz vor dem Tode die Diagnose auf Pylorospasmus gestellt worden war. Von einem operativen Eingriffe war wegen des schlechten Allgemeinbefindens des Kindes abgesehen worden.

Bei der Obduktion wurde am Pylorus ein von außen fühlbarer, derber Ring festgestellt. Vom Magen aus war der Pylorus unter Schwierigkeiten nur für eine dünne Sonde durchgängig. In den Magen eingebrachte Flüssigkeit floß tropfenweise in das Duodenum ab. Die Verengerung war durch eine ringförmige Hypertrophie der Muskulatur des Pylorus bedingt. **Neck** (Chemnitz).

40) **G. Ekehorn.** Fall von enormer Dilatation des Magens und Duodenums angeborenen — arteriomesenterialen — Ursprungs.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. 3. Folge. Bd. VI. Abt. 1. Nr. 16.)

Verf. gibt Beschreibung und Abbildung eines eigentümlichen Falles von riesiger Erweiterung des Magens, die bei der Sektion eines 17jährigen Mannes zufällig angetroffen wurde. Pat. war wegen traumatischen Pyarthros im Lazarett Sundsvall operiert worden; die Krankheit verlief gut, und das Knie war nahezu geheilt, als Pat. starb. An ein Magenleiden wurde während der Krankheit nie gedacht, leichte dyspeptische Beschwerden und Verstopfung waren zwar beobachtet worden, hatten aber zu keiner genauen Untersuchung der Bauchorgane Veranlassung gegeben.

Bei der Sektion fiel sofort ins Auge, daß die ganze Bauchhöhle vom Magen ausgefüllt zu sein schien. Der Magen füllt mit seinem Fundus die ganze Diaphragmawölbung links von der Leber aus. Darauf geht er gerade abwärts, die kleine Kurvatur steht annähernd in der Medianebene, senkrecht, die große Kurvatur verläuft längs der linken Seite der Bauchwand. Dieser Teil des Magens füllt die

ganze linke Bauchhälfte bis zum oberen Rande des Schambeins aus. Hier biegt sich der Magen um und setzt sich mit seinem Pylorusteil, der einen großen Teil der rechten Bauchhälfte einnimmt, gerade aufwärts nach dem Pylorus fort. Der aufsteigende Teil des Duodenums liegt an der Leber nach rechts hinten und unten. Beim Aufklappen der eben beschriebenen Teile tritt der ebenfalls zu einem großen Sack erweiterte, absteigende Teil des Duodeums hervor, der bis an die Fossa iliaca dextra hinüberreicht und diese größtenteils ausfüllt.

Von dem an normaler Stelle liegenden oberen linken Duodenalrande geht die Fortsetzung des Darmes ab, um an gewöhnlicher Stelle die Wirbelsäule zu kreuzen. Die Pforte zwischen der Wirbelsäule und dem Mesenterialgefäßen, bis wohin sich die Dilatation erstreckt, ist auffallend eng; der gesamte Darm unterhalb normal.

Verf. entwickelt die anatomischen Erwägungen, die diese seltene Mißbildung erklären, und schlägt therapeutische Maßnahmen — Enteroanastomose zwischen dem dilatierten Duodenum und dem oberen Teile des Jejunum — vor.

Hansson (Cimbrishamn).

41) **M. Moulin.** The after-history of patients upon whom gastric operations have been performed.

(Brit. med. journ. 1905. May 13.)

Verf. berichtet über seine Nachforschungen an 24 Fällen unter 29 Magenoperationen des Jahres 1903, in denen es ihm gelang, Erkundigungen einzuziehen. Alle Fälle von Karzinom und Magenperforationen sind dabei ausgeschlossen. Es wurden an alle Pat. die gleichen Fragen über Schmerzen nach dem Essen, über die Heftigkeit dieser Schmerzen, über Erbrechen, über Blutbrechen, über Besserung des Allgemeinbefindens gerichtet. Die Ergebnisse sind kurz folgende: In den 3 Fällen von Pyloroplastik kehrten die Schmerzen nach einiger Zeit wieder, so daß die Annahme einer Narbenverengerung am Pylorus berechtigt erscheint; von den 21 Gastroenterostomien kann man 12 als im wesentlichen geheilt und 5 als sehr gebessert ansehen; in 2 Fällen fand man weder ein Geschwür, noch eine Narbe, noch sonst irgendeine Veränderung: der Erfolg der Operation war negativ. — Die Operationsmethode war stets die Gastroenterostomia posterior retrocolica, an die mit Ausnahme von 2 Fällen immer die Enteroanastomose angeschlossen wurde. Circulus vitiosus wurde nie beobachtet. Zur Vermeidung aller Schmerzen nach der Gastroenterostomie hält M. es für notwendig, entweder die neue Öffnung am kardialen Ende anzubringen oder, wenn am Pylorus, sorgfältig darauf bedacht zu sein, daß der Pylorus sich frei bewegen kann, ungehindert durch Verwachsungen. Freilich wird man in der Auswahl des Ortes oft sehr beschränkt sein. Zum Schluß folgt eine tabellarische Übersicht der 24 Fälle. **W. Weber** (Dresden).

42) **Chalier.** Un cas d'ulcère perforant du duodénum avec péritonite généralisée.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 70.)

Der 28jährige Pat. litt seit mehreren Jahren an vorübergehenden Beschwerden von seiten des Magens. Seit 3 Monaten klagte er über lebhafte, 2—3 Stunden nach den beiden Hauptmahlzeiten auftretende Schmerzen, die meist im Epigastrium lokalisiert waren, zuweilen aber in den Rücken ausstrahlten. Weder Erbrechen noch Blutungen. Pat. brauchte seine Arbeit nicht aufzugeben. Da bekam er eines Tages, wenige Minuten nach dem Genuß einer Tasse Milch mit Brot, einen unerträglich heftigen Schmerz am unteren Ende des Thorax. Trotz Morphium und Eis ließen die Schmerzen erst gegen Morgen nach. Am Tage darauf (mehr als 36 Stunden nach dem Anfalle) wurde operiert und eine diffuse Peritonitis gefunden, deren Ursache dunkel blieb. Bei der Sektion fand sich an der vorderen Seite des Duodenum eine ovale, 18 mm lange und 9 mm breite Öffnung. Die Ränder waren glatt, ohne Abstufungen, Mucosa und Serosa lagen glatt aufeinander.

V. E. Mertens (Breslau).



43) **J. G. Emanuel.** Congenital multiple occlusions of the small intestine.

(Lancet 1905. August 12.)

Verf. beschreibt den Darm eines 9 Tage alt gewordenen 7-Monatskindes mit im ganzen fünf Strikturen resp. totalen Verschließungen des Dünndarmes. Der Hauptverschluß war an der Stelle der Verbindung des Duodenums und Jejunums und war 5 cm lang. Auffallend war, daß das Kind so lange lebte. Verf. führt die Befunde auf Entwicklungshemmung zurück; fötale Peritonitis ist von der Hand zu weisen. Das Präparat ist in der Arbeit abgebildet.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

44) **Kennedy.** Enterectomy at twelve hours old: recovery.

(Brit. med. journ. 1905. April 1.)

Ein neugeborenes Kind entleert aus einer Fistel in der Nabelschnur Mekonium. Bei der Operation ohne Betäubung findet man einen blind endigenden, fingerartigen Anhang, vom Blinddarm ausgehend und aus einer seitlichen Öffnung Mekonium entleerend. Aufwärts und abwärts war der Darm so verengt, daß eine Resektion von entsprechender Ausdehnung vorgenommen wurde. Seitliche Anastomose zwischen Dickdarm und Dünndarm. Heilung. Ob es sich um ein Meckel'sches Divertikel oder um einen vergrößerten Wurmfortsatz gehandelt hat, läßt Verf. unentschieden. Jedenfalls aber scheint es das jüngste Kind gewesen zu sein, in dem mit Erfolg eine Darmresektion ausgeführt worden ist.

W. Weber (Dresden).

45) **Jonnescu.** Zwei Fälle von Volvulus, operiert mittels Rhachistovainisierung.

(Chirurgische Gesellschaft in Bukarest. Sitzung am 6. April 1905.)

In einem dieser Fälle wurden 8 cg und in dem anderen 7 cg Stovain in den Rückenmarkskanal eingespritzt, und in beiden war die Unempfindlichkeit eine vollständige, so daß die Laparotomie schmerzlos durchgeführt werden konnte. Auch nachträglich traten keine unangenehmen Nebenerscheinungen auf.

E. Toff (Braila).

46) **Philipowicz.** Zur Kasuistik und Ätiologie des Dünndarmvolvulus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Schon unter normalen Verhältnissen finden sich an zwei Stellen des Darmkanales weißliche, strahlige Narben, nämlich am oberen Abgang der Flexura sigmoidea und knapp vor der Einmündung des untersten Dünndarmes in den Blinddarm, und zwar jedesmal an der unteren Fläche des Mesenterium. Besonders an der letzterwähnten Stelle ist eine derartige Narbenbildung selten zu vermissen. Die Regelmäßigkeit dieses Vorkommens läßt es fast unzeifelhaft erscheinen, daß dieselben mit der erfolgten Anlötung des früher freien Gekröses, also einem normalen, in der embryologischen Entwicklung des Mesenteriums begründeten Ereignis in Zusammenhang stehen, aber ebenso unzweifelhaft erscheint es dem Verf., daß Virchow's Ansicht zu Recht besteht, wonach diese Narben Reste einer chronischen Peritonitis sind, da sie häufig sehr exzessiv werden und den Charakter des Pathologischen deutlich dadurch erweisen, daß auch an anderen Stellen des Mesenteriums und der Darmserosa sehnige Verdickungen bestehen. Gerade beim Dünndarmvolvulus ist nun die geschilderte Narbenbildung sehr häufig zu finden. Oft ist in einer Ausdehnung bis zu 15 cm das untere Gekrösblatt vom Blinddarm aus oralwärts narbig geschrumpft und der unterste Dünndarm dadurch daselbst an die hintere Bauchwand befestigt. Dadurch, daß gewöhnlich das untere Blatt bedeutender an der Schrumpfung beteiligt ist, macht gleichzeitig das unterste Ileum oft eine Drehung um ca. 90° um seine eigene Achse, indem die freie, dem Mesenterium gegenüberliegende Wand des Darmes nach rückwärts zwischen die Blätter des

Mesenteriums gezogen wird. Infolge dieser Veränderungen ist der Fortbewegung des Darminhaltes ein größerer Widerstand entgegengesetzt und darin wahrscheinlich die Hauptursache für den Volvulus gegeben. Außerdem mag wohl auch die Drehung des untersten Ileum um seine Achse eine Schlingenbildung und Drehung des höheren Dünndarmes in senkrechter Richtung zu seiner Achse bedingen. P. schildert die von ihm beobachteten neun Fälle von Dünndarmvolvulus des ausführlicheren und zeigt, wie er bei allen diese Narbenprozesse gefunden hat. Die Mortalität der Fälle ist eine sehr hohe trotz der Operation. Große Gefahren bietet die Aspiration des Erbrochenen in die Luftwege, ebenso die Zirkulationsstörungen im Darmkanal, die durch Anlegung einer Kotfistel nach Beseitigung des Hindernisses abzuschwächen sind. Rezidive eines solchen Volvulus kann man durch Fixierung der Darmschlinge an die Bauchwand oder durch eine Enteroanastomose zwischen Blind- und Dünndarm oder gar durch eine Resektion des untersten Dünndarmes zu vermeiden suchen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

47) **A. E. Barker.** Cases illustrating alternative operations for intestinal obstruction.

(Brit. med. journ. 1905. April 8.)

Verf. bringt neun Fälle von Ileus durch Karzinom des Dünn-, Blind- und Dickdarmes und eines durch Einklemmung eines Bruches zur Mitteilung, in denen er mit glücklichem Erfolge achtmal eine Darmausschaltung durch Enteroanastomose und zweimal die primäre Resektion ausführte. In fünf Fällen resezierte er nach der Darmausschaltung das Karzinom in einer zweiten Sitzung und erzielte rezidivfreie Heilungsdauer bis jetzt von 5, $4^1/_2$ und $3^1/_4$ Jahren. In einem sehr bemerkenswerten Falle machte er die Enteroanastomose, weil die faustgroße Geschwulst des Dünndarmes begleitet war von einer Kette harter Mesenterialknoten und als inoperables Sarkom aufgefaßt wurde. 6 Jahre nach der Operation ist Pat. blühend und gesund!

W. Weber (Dresden).

48) **Clubbe.** One hundred consecutive laparotomies for intussusception in children.

(Brit. med. journ. 1905. June 17.)

Verf. berichtet kurz über 100 von ihm ausgeführte Operationen wegen Intussusceptionen bei Kindern in der Zeit von 11 Jahren mit 63 Heilungen und 37 Todesfällen. Von den ersten 50 Operierten starben 25, von den zweiten 50 nur 12, wahrscheinlich, weil die Kinder eher ins Hospital geschickt wurden. 64 Intussusceptionen betrafen das Ileocoecum, 12 das Ileocolon, 3 das Kolon, 1 den Dünndarm und 20 sowohl den Dünn-, wie Blind- und Dickdarm. C. hält an der Regel fest, vor jeder Operation Öl- oder Salzwassereinläufe zu machen. Wenn sie auch keine völlige Reduktion hervorrufen, so erleichtern sie doch durch teilweise Reduktion die Operation beträchtlich. 7mal war eine Darmresektion nötig mit nur einer Heilung; im übrigen gelang stets die Desinvagination.

W. Weber (Dresden).

49) **Brook.** Congenital hypertrophy and dilatation of the sigmoid flexure.

(Brit. med. journ. 1905. May 13.)

Bei einem 21jährigen Mädchen fand B. bei der Laparotomie, die er in der Annahme einer soliden Ovarialgeschwulst der linken Seite ausführte, als Ursache der bei der Untersuchung gefühlten Geschwulst eine über zweifaustgroße Kotgeschwulst in der Flexura sigmoidea, die bei der Exzision in drei Stücken entfernt wurde, 600 g wog und vollständig aus vegetabilischen Resten bestand. B. versuchte, die vorliegende enorme Hypertrophie und Dilatation der Flexur (Hirschsprung'sche Krankheit) therapeutisch zu beeinflussen durch drei Reihen fortlaufender Catgutnähte, von denen jede etwas länger als die vorhergehende, durch



Einstülpung der Flexurwand den Darmumfang ganz beträchtlich verkleinerte. Bei Bauchmassage und dem gelegentlichen Gebrauch eines Abführmittels hatte Pat. fortan täglich eine Entleerung, während vorher oft 2—3 Wochen zwischen zwei Stuhlgängen verstrichen waren.

Mit Berufung auf diesen Fall und einen Teil der Literatur bespricht B. die Pathologie und Therapie der Hirschsprung'schen Krankheit.

W. Weber (Dresden).

50) **Pluyette.** Maladie de Hirschsprung (mégacôlon).

(Marseille méd. 1905. p. 241.)

P. operierte zwei Fälle von Hirschsprung'scher Krankheit; beide Pat., ein Mädchen von 19 Jahren und ein Mann von 63 Jahren, starben; beidemal handelte es sich um eine totale Ektasie des Dickdarmes (der Mastdarm ausgenommen), mit 40, bzw. 27 cm Darmumfang. Die Hypertrophie nicht allein des Darmes selbst, sondern auch des Mesokolon und des Netzes war im zweiten sehr ausgesprochen; am Darme war besonders die Muscularis hypertrophiert. Ätiologisch kam anscheinend bei beiden Kranken eine Torsion des Dickdarmes an der Stelle, wo er in den Mastdarm übergeht, in Betracht. P. glaubt, daß diese bisher kaum beachtete Ätiologie häufig sei; wahrscheinlich führt die zunehmende und übermäßige Ausdehnung des Darmes schließlich zu einer Torsion am genannten Punkte.

Die Kolostomie wegen Hirschsprung'scher Krankheit ist nur als Palliativ- und Notoperation zulässig, die Kolopexie kommt in den nach Verf. nicht seltenen Fällen in Betracht, wo eine Knickung oder Drehung die Ursache der Erkrankung bildet. Die Ileosigmoidostomie vermag durch Ableitung der Kotmassen die Stagnation im erweiterten Kolonabschnitt zu vermindern; auch tritt vielleicht infolge der vollkommenen Ruhigstellung des Kolons eine Rückbildung der Erweiterung ein; die Enteroanastomose eignet sich wohl für die meisten Fälle. Die Kolonresektion kommt nur für die seltenen divertikelähnlichen Erweiterungen in Frage.

Mohr (Bielefeld).

51) **Graff.** Mesenterialcyste.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 29.)

Ein 4jähriger Knabe war unter Ileuserscheinungen erkrankt. Bei der Operation fand sich eine Dünndarmschlinge bandartig über eine faustgroße Geschwulst hinwegziehen. Letztere erwies sich als eine zwischen den Gekrösblättern gelegene mehrkammerige Cyste, welche mit chylöser Flüssigkeit gefüllt war. Die Exstirpation gelang ohne Darmresektion. Ein 8 cm langer Defekt im Mesenterium wurde durch die Naht geschlossen. **Borchard** (Posen).

52) **Ludlow.** Suture of the spleen for traumatic haemorrhage.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

Zwei Messerstichwunden in der linken Achsellinie, die eine im 9., die andere im 11. Interkostalraum, aus der letzteren starke Blutung. Es handelte sich um Abtrennung des Zwerchfelles von der Rippenwand, Verletzung des Netzes und um eine 4 cm lange Wunde in der Milz. Naht der letzteren, Abtragung des Netzes, Naht des Zwerchfelles an die Rippenwand. Ausgang in Heilung.

Herhold (Altona).

53) **Mabit** (Buenos-Aires). Contribution à l'étude du traitement chirurgical des kystes hydatiques de l'abdomen.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 5.)

In einem Lande wie Argentinien, wo der Echinokokkus häufig ist, wird sich oft Gelegenheit finden für die Anwendung der verschiedensten Operationsmethoden, zumal die bisherigen — Lindemann-Landau (Marsupialisation), Bond (Resektion und Inversion der Blase), Delbet (Capitonnage) oft genug unbefriedigende Resultate ergaben. Ausgehend von der Erwägung, daß die Adventitia fast immer

(entgegen Vegas-Cranwell) bakterienfrei, die Sekretion derselben in den ersten Tagen nach der Operation eine minimale sei, entschloß sich M. für jene Cysten, die frei ins Abdomen entwickelt, nicht vom Parenchym eines drüsigen Organs umschlossen, nicht zu verwachsen und mit klarem Inhalte versehen sind, zur einfachen Versenkung ohne Naht und Drainage, nach möglichster Verkleinerung der Wandungen. Die Mutterblase wird mit größter Vorsicht herausgewischt, ohne Reibung, sichtbar eröffnete Gallengänge werden durch Naht verschlossen. 18mal hat M. nach diesen Grundsätzen operiert und nur ganz große Säcke vom Verfahren ausgeschlossen. Außer mäßigen Temperatursteigerungen während der ersten 2 bis 3 Tage hat Verf. nur einmal bei dickwandiger Cyste, die keine Resektion gestattete, nachträglich annähen und drainieren müssen. Die übrigen 17 Fälle heilten schnell. Zum Spülen der Höhle verwendet er nach einer üblen Erfahrung mit Sublimat einen starken Strahl steriles oder Borwasser. **Christel** (Metz).

54) **Cernezzi.** I sostegni di magnesio nella legatura intraepatica media ta alla Ceccherelli.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905.

Verf. hat durch Versuche an vier Kaninchen und zwei Hunden erwiesen, daß die Unterbindung bei Leberresektionen nach der Methode von Ceccherelli (vermittels Umschlingung zwischen zwei Metallzylindern) verbessert werden kann, wenn die Zylinder aus Magnesium angefertigt werden. Bei einem Durchmesser von 0,6 mm werden dieselben in 15—20 Tagen, bei einer Dicke von 1 mm in 20 bis 25 Tagen resorbiert. In einem Falle hatte übrigens der an der konvexen Fläche liegende Magnesiumstreifen durch Erodierung des Dünndarmes zu einer tödlichen Peritonitis geführt. Hier waren die beiden seitlichen Umschlingungsdrähte an den Enden der Magnesiumzylinder unterlassen worden. **Dreyer** (Köln).

55) **A. Doran.** Dilatation of the gall bladder simulating ovarian cyst.

(Brit. med. journ. 1905. June 17.)

Verf. teilt ausführlich einen Fall mit, in dem er bei einer 50jährigen Frau eine große cystische Geschwulst der rechten Unterbauchseite entfernte, die als Eierstockscyste angesprochen war, sich bei der Operation aber als mächtig ausgedehnte Gallenblase mit Steinverschluß im Cysticus erwies. Sie enthielt einen Liter trübe, helle Flüssigkeit ohne Gallenbeimengung und über 200 Steine. Im Anschluß an diesen Fall berichtet er über die bisher mitgeteilten Hydropsien und Empyeme der Gallenblase, die zu Verwechslungen mit anderen cystischen Geschwülsten Veranlassung geben konnten. **W. Weber** (Dresden).

56) **F. Purpura.** Sopra un caso di pancreatite cronica indurativa con stomaco a clessidra. Gastroplastica. Guarigione.

(Riforma med. XXI. Nr. 16.)

Pat. bot die seltene Komplikation von chronischer Pankreatitis und Sanduhrmagen. Die Diagnose war auf Pyloruskarzinom gestellt. Das Pankreas bildete eine harte, höckrige Geschwulst, die nach der Laparotomie sich zurückbildete und nach einem Jahre nicht mehr fühlbar war. Der Magen wurde von Tansini mit einer Plastik, analog der Pyloroplastik, behandelt: Längsinzision quer durch eine dieser narbigen Furchen, welche schräg von der großen zur kleinen Kurvatur verlief, Vernähung in der Querrichtung. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 40. Sonnabend, den 7. Oktober. 1905.

Zur Technik der Sehnennaht.

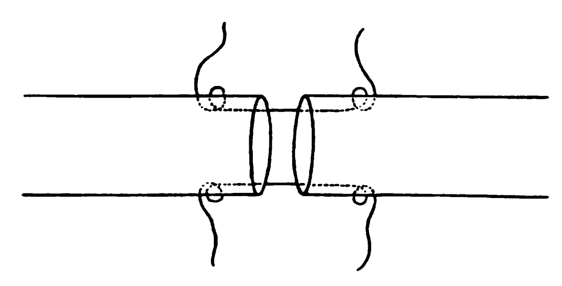
Von

Prof. **Wilms** und Dr. **Sievers** in Leipzig.

Jeder, der bei Verletzungen oder bei Sehnenplastiken reichlich Gelegenheit gehabt hat, Sehnennähte auszuführen, versucht wohl alle Nahtmethoden der Reihe nach, wie sie von Wölfler, Trnka, Hägler und anderen angegeben sind. Drei Anforderungen muß jede Sehnennaht, wenn sie brauchbar sein soll, genügen, nämlich 1) sie muß einfach in der Ausführung sein, 2) eine gute Adaptierung der Sehnenstümpfe und 3) eine hinreichende Festigkeit und Fixierung der

Stümpfe zuwege bringen. Die einfachste Form der Sehnennaht, bei welcher die Nadel auf der Außenfläche ein- und auf der Schnittfläche ausgestochen wird, um dann in umgekehrter Weise durch den anderen Sehnenstumpf durchgeführt zu werden, erzielt kcine hinreichende Festigkeit, wie schon des öftern bewiesen ist, da das Gewebe zwischen den Sehnenbündeln dem durchgeführten Faden keinen genügenden Halt bietet. Die komplizierten Methoden der Naht verfolgen den Gedanken, durch Schnürung eines mehr oder weniger großen Teiles der Sehnen dem Faden einen Halt auf beiden Seiten des Stumpfes zu bieten. Ohne die etwas komplizierteren und nur in Abbildungen leicht verständlichen Methoden von Wölfler, Hägler und Trnka hier wiedergeben zu wollen, weise ich darauf hin, daß sie einen solchen Halt dem Faden an beiden Stümpfen geben. Eine Umschnürung von kleinen Sehnenbündeln wird von manchem Chirurgen auch in der Weise ausgeführt, daß zunächst an beiden Sehnenstümpfen ein Sehnennervenbündel isoliert umstochen wird und dann mit je einen Faden der Knoten einen dritten Knoten zu schlingen.

Auf Grund eigener Erfahrungen, nicht völlig zufrieden mit den bisherigen Sehnennähten, veranlaßte ich Herrn Dr. Sievers, sich nochmals mit einer Vereinfachung der Sehnennaht zu befassen, und gingen wir dabei von dem Gedanken aus, ob sich nicht das einfachste Verfahren der alten Sehnennaht mit einer Umschnürung kombinieren ließe. Nach mehreren Modifikationen erwies sich uns als die brauchbarste die Naht, welche auf Fig. 1 gezeichnet ist. Es ist das die



älteste Form der Sehnennaht mit Einstich auf der Außenfläche der Sehne und Ausstich auf der Schnittfläche nur wird vor und nach dieser Nadelführung an beiden Sehnenstümpfen ein kleines Bündel von Sehnenfäden umstochen (s. Abb.). Da so die Bündel in Schlingen gelegt werden, erhöht sich die Festigkeit der Naht, sobald eine Zugwirkung einsetzt. Vor der schon auf dem Chirurgenkongreß 1876 von Baum angegebenen Methode, welche einen feinen Faden um jedes Ende der Sehne herumschlingt, diese einzeln knüpft und die Fadenenden miteinander vereinigt, hat unsere Naht (neben besserer Adaptation) das voraus, daß sie die Ernährung der Sehnenenden nur in sehr mäßigem Grade beeinträchtigt.

Die beschriebene Sehnennaht, deren man gewöhnlich zwei braucht zur Vereinigung einer durchtrennten Sehne ist 1) nicht wesentlich

komplizierter als die einfache alte Form der Sehnennaht; sie erreicht 2) eine gute Adaptation der Schnittflächen, da die Fäden an den Schnittflächen aus- und eingestochen werden und 3) eine Festigkeit, die durch experimentelle Versuche von Herrn Dr. Sievers sich als ganz bedeutend erwiesen hat.

In den vergleichenden Belastungsversuchen wurde ganz frisches Sehnenmaterial von einem kräftigen männlichen Individuum verwandt. Da in Kaliber und Funktion nahezu gleichartig, eigneten sich vorzüglich die langen Fingerbeugesehnen. Stücke von gleicher Länge wurden in der Mitte durch Querschnitt getrennt und mit den zu vergleichenden Nähten wieder vereinigt. Mittels Schieberpinzetten ermöglichte es sich dann leicht, die Sehnen am einen Ende aufzuhängen und am anderen mit verschiedenen Gewichten zu belasten. Um eine Eintrocknung des Materials zu vermeiden, fand dauernde Berieselung mit physiologischer Kochsalzlösung statt.

Diese Versuche ergaben, daß unsere Naht eine Belastung mit 5 und mehr Kilogramm tagelang aushielt ohne auseinander zu weichen, während z. B. die zu Eingang unserer Mitteilung erwähnte einfache Naht schon bei Belastung mit 1 Pfund nach wenigen Minuten durchschnitt.

Seit 2 Jahren ist die angegebene Naht hier geübt worden, und die Resultate rechtfertigen eine Empfehlung derselben und diese Mitteilung.

---

1) **Erlanger.** A new instrument for determining the maximum and minimum blood-pressures in man.

(Johns Hopkins hospital reports Vol. XII. 1904. p. 53—110.)

2) **Erlanger** and **Hooker.** An experimental study of blood-pressure and of pulse-pressure in man.

(Ibid. p. 145—378.)

Beschreibung eines von E. konstruierten, auf einer Kombination der Instrumente von Vierordt, Marey und v. Recklinghausen beruhenden Blutdruckmessers, der sich in besonderem Maße als zuverlässig erwiesen hat. Durch zahlreiche Abbildungen wird das hier nicht genauer zu beschreibende Instrument erläutert.

Aus den wesentlichen Ergebnissen, die mit diesem Apparate bei Untersuchungen am Menschen erzielt wurden, greife ich die wichtigsten heraus.

Erhebt man sich aus dem Liegen oder Sitzen zu stehender Position, so kann der Blutdruck steigen oder fallen, je nach den äußeren Umständen, wie Außentemperatur, Verdauungstätigkeit usw. Der Pulsdruck aber wird stets geringer, die Pulszahl wächst. Das beruht auf der Schwerkraft, die im ersten Augenblick ein »Verbluten« in die untere Körperhälfte zur Folge hat; durch Kontraktion der peripheren Arterien wird dies alsbald ausgeglichen.

Eintauchen des Körpers in Wasser von angenehmer Temperatur sowie Einwicklung der Beine in stehender Position stellen etwa dieselben Zirkulationsbedingungen her, wie man sie im Liegen antrifft.

Taucht man jemand im Stehen in warmes Wasser, so wachsen Blutdruck, Pulsdruck und Pulszahl, ebenso die Blutstromgeschwindigkeit.

Eintauchen in kaltes Wasser läßt den Blutdruck ebenfalls wachsen, vermindert aber den Pulsdruck, die Schlagfolge und den Blutumlauf.

Mäßige Muskelaktion läßt den Minimumdruck sinken, z. B. das Spazierengehen; stärkere Muskelaktion läßt ihn anschwellen; in beiden Fällen wächst Pulsdruck und Pulszahl, sowie die Blutströmungsgeschwindigkeit.

Der Genuß von Mehlspeisen läßt Pulsdruck und Pulszahl zunehmen, ebenso die Geschwindigkeit des Blutumlaufes; der Einfluß auf den Blutdruck ist wechselnd.

Im Laufe des Tages steigt der Pulsdruck allmählich, wenn auch unregelmäßig, ebenso die Blutumlaufsgeschwindigkeit; der Pulsdruck ist frühmorgens sehr gering.

Pulsdruck und Harnsekretion entsprechen stets einander.

In einem Falle von orthotischer Albuminurie entsprach die abgeschiedene Eiweißmenge stets dem Pulsdruck.

Zwischen den Veränderungen im Verhalten des Urins und der Geschwindigkeit des Blutstromes in der Aorta bzw. den Nieren oder dem Blutdruck bestehen keine Beziehungen.

In stehender Position, sobald die für dieselbe charakteristischen Zirkulationsbedingungen hergestellt sind, ist die Ausscheidung der Chloride, besonders aber der Phosphate und des Harnstoffs durch den Urin vermindert.

Sehr zahlreiche Kurven und Tabellen sind beigefügt.

W. v. Brunn (Rostock).

---

3) **Canon.** Die Bakteriologie des Blutes bei Infektionskrankheiten.

Mit einer Lichtdrucktafel. VIII, 251 S. gr. 8. Jena, **Gustav Fischer,** 1905. *M* 5.—; geb. *M* 6.—.

Die in dem Buche niedergelegten Tatsachen sind die Früchte einer wohl außerordentlich mühevollen Arbeit, deren sich Verf. am Krankenhaus zu Moabit (Berlin) während 6 Jahren unterzogen hat. Der erste — spezielle — Teil des Buches enthält eine Sammlung der in der Literatur verzeichneten bakteriologischen Blutbefunde bei Infektionskrankheiten, eine Zusammenstellung, aus der sich ergibt, daß

1) entgegen früheren Ansichten Infektionserreger im Blute ziemlich häufig gefunden werden, und

2) daß das normale Blut eine bakterizide Fähigkeit besitzt.

Der zweite — allgemeine — Teil beschäftigt sich mit der Frage, wie die Bakterien in die Blutbahn gelangen, und welches Schicksal sie dort haben. Den Schluß dieses Teiles bildet eine Abhandlung über Mischinfektion.

Der dritte Teil gibt eine Darstellung der hämatogen entstandenen Infektionskrankheiten sowie einige Notizen über Prophylaxe und Therapie.

Den Schluß des Buches bildet ein sehr ausführliches Literaturverzeichnis.

Das Werk enthält eine große Menge sehr interessanter Einzelheiten und manchen Wink sowohl für die Untersuchungsmethoden, als auch für die allgemeine Praxis. **Silberberg** (Breslau).

---

4) **R. Grashey.** Atlas typischer Röntgenbilder vom normalen Menschen, ausgewählt und erklärt nach chirurgisch-praktischen Gesichtspunkten mit Berücksichtigung der Varietäten und Fehlerquellen, sowie der Aufnahmetechnik.

München, **J. F. Lehmann,** 1905. *M* 16.—.

Das vorliegende Werk bildet Bd. V der Lehmann'schen medizinischen Atlanten. Neue Folge. Daß ein solcher Atlas namentlich für den praktischen Arzt erforderlich ist, sucht der Verf. in der Vorrede zu rechtfertigen durch die immer größere Bedeutung, die das Verfahren gewinnt und so auch häufig den nicht mit ihm sich beschäftigenden Arzt, Bilder, z. B. in Unfallgutachten, zu beurteilen zwingt. Gerade für den weniger Geübten birgt das Röntgenbild aber eine Menge von Fehlerquellen, und hier wie kaum irgendwo muß die Kenntnis des normalen Bildes mit seinen vielen individuellen Schwankungen und Abweichungen sehr genau sein. Es ist daher in diesem Atlas, wie schon die Überschrift besagt, diesen Punkten erhöhte Aufmerksamkeit in der Darstellung gewidmet, als man sonst zu finden gewohnt ist. Die Bildveränderungen durch wechselnde Röhren- oder Objektstellung, die Epiphysenlinien, die Varietäten des Skeletts sind sehr sorgfältig und vollständig dargestellt, und namentlich die unregelmäßigen Knochen an den Extremitäten, z. B. Hand und Fuß, in größter Vollständigkeit aufgeführt.

Die acht Kapitel der Einleitung geben Aufschluß über die Art, wie die Bilder gewonnen sind und einen sehr kurzen Abriß der Röntgentechnik und -Lehre. Auch hier ist wieder im besonderen auf die Fehlerquellen hingewiesen. 97 Tafeln bilden den Hauptteil des Atlas. Die Bilder sind durch Autotypie sehr schön vervielfältigt, sie geben recht gut den Charakter des Röntgenbildes wieder, sind sehr scharf und klar, ohne hart zu wirken. Neben jedem Bild ist die Beschreibung zu lesen, welche die Aufnahmeart, das Lebensalter des Objektes und eine etwas ausführlichere Aufnahmetechnik enthält. Jedesmal, wo nötig, ist darauf hingewiesen, zu welchen Zwecken die betreffende Art der Aufnahme gemacht wird, und welche Fehler bei Beurteilung unterlaufen können. Eine genauere Aufzählung der einzelnen Tafeln geht hier nicht an. Ganz besonders sei aber hinge-

wiesen auf die Darstellung der Hand, welche sehr vollständig auf 14 Tafeln und 5 Umrißzeichnungen gebracht ist.

Der praktische Arzt, mehr noch der Chirurg wird an dem Buch ein wesentliches Hilfsmittel haben, auch den Röntgenologen von Fach wird es als bequemes Vergleichsobjekt nicht unwillkommen sein. Zur weiteren Verbreitung der Wertschätzung des Röntgenverfahrens wird es sicherlich beitragen, und dem Verf. sowohl wie dem Verlage gebührt Dank für das schöne und wohlgelungene Werk, welches eine wesentliche Bereicherung der Röntgenliteratur ist.

Trapp (Bückeburg).

---

5) **A. v. Poehl** und **Fürst J. v. Tarstanoff.** Die Kombination der Radiotherapie mit der Organotherapie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Die Technik der geschilderten Versuche, bei welchen die Emanation des Radiums auf Watte übertragen wurde, ist ohne Abbildungen nicht verständlich und zu kompliziert, um im Referat wiedergegeben werden zu können. Eine große Auswahl von Organpräparaten: Spermin, Cerebrin, Ovarin, Mammin, Tyreoidin, Neuroretinin, Reniin, Cordin, Hepatin usw. wurden dem Einflusse von Radiumstrahlen ausgesetzt. Obwohl keine Veränderungen an Farbe, Geruch und Geschmack an denselben konstatiert werden konnten, wiesen die Präparate doch eine ausgesprochene sekundäre Radioaktivität auf. Mittels der radioaktiven Watte konnte die Emanation auch auf die Organpräparate übertragen werden, welche sich als an und für sich unschädlich erwiesen. Durch diese Präparate, welche als Akkumulatoren der biologischen Strahlenwirkung zu betrachten sind, soll der Arzt in den Stand gesetzt werden, die Radiumemanation speziell denjenigen Organen zukommen zu lassen, deren Behandlung erwünscht ist.

Verff. wünschen, daß die Versuche nachgeprüft werden und stellen entsprechendes Material gern zur Verfügung. **Langemak** (Erfurt).

---

6) **L. G. Guthrie.** On aciduria (acetonuria) as the cause of deaths following the administration of chloroform and ether.

(Lancet 1905. August 26.)

Die Ausführungen Verf.s führen zu folgenden Schlußfolgerungen: Äther sowohl wie Chloroform sind unter gewissen, noch nicht genau bekannten Verhältnissen gefährlich. Die Symptome der Vergiftungen leiten zu der Annahme einer Säureintoxikation durch die giftigen chemischen Vorstufen des Azetons; der Ursprung dieser Giftkörper (Oxybuttersäure und dergl.) ist in der Fettspaltung zu suchen. In so gut wie allen Todesfällen nach Narkoticis ist eine ausgedehnte fettige Metamorphose in den meisten Organen, und besonders der Leber, nachzuweisen. Bei der Anwendung kleiner Chloroformmengen bei



kurzen Operationen kann man eine allgemeine Fettmetamorphose in den Organen kaum annehmen. Äther ist nicht imstande, ähnliche Veränderungen, wie das Chloroform, hervorzurufen; nichts desto weniger werden solche in derselben Ausdehnung bei Todesfällen nach Äther gefunden. Daraus folgt, daß solche Fettmetamorphosen vor der Anästhesirung bestanden haben müssen. Die Spaltung des Fettes in Säuregifte mag von einer direkten Aktion des Chloroforms und des Äthers herrühren, indem diese den normalen Metabolismus schädigen, oder diese mögen vielleicht auf irgendeine Weise die Aktion der im Darm vorhandenen bakteriellen Toxine durch die Spalten des Fettes fördern. Jedenfalls muß die Präexistens vorgerückter fettiger Umwandlung angenommen werden, um eine Intoxikation mit Fettsäuren zu erklären. Es ist wahrscheinlich, daß die fettigen Veränderungen in der Leber physiologisch und mehr als Infiltration, wie als Degeneration anzusehen sind. Wenn dem so wäre, so ist zu verstehen, warum Anästhetika zu einer Zeit gefährlich sind und nicht zu einer anderen, indem das Element der Gefahr die große Menge Fett, die in der Leber zur Zeit der Operation vorhanden ist, ausmacht. Die Ablagerung übergroßer Fettmengen in der Leber mag in einigen Fällen verursacht sein durch große Mengen Lebertran und Fettdiät, mit denen häufig die schwächlichen rachitischen Kinder in der Hoffnung sie zu stärken, bedacht werden, dazu noch durch Mangel an Leibesübung. —

Um Todesfälle durch Anästhetika bei Kindern zu vermeiden, empfiehlt Verf. demgemäß, folgende Punkte zu berücksichtigen: 1) Vor der Operation ist sorgfältig nach etwa vorhandenen Magen-Darmstörungen zu forschen. 2) In Fällen, wo fettreiche Diät und Mangel an Leibesübung vorliegt, sollte die Operation hinausgeschoben werden, bis einige Tage fettfreier Diät verstrichen sind. Milde Abführmittel in dieser Periode sind wahrscheinlich von Nutzen. Der Urin sollte auf Acid. diaceticum untersucht werden, und falls solche vorhanden ist, sind Alkalien, wie Natron bicarbonicum, am Platze. 3) In Erinnerung wäre zu bringen, daß Hunger und Furcht Azetonurie hervorrufen. 2 Stunden vor der Operation und direkt nachher sollten Nährklysmen gegeben werden. Angst vor der Operation ist bei Kindern weniger leicht zu bekämpfen. 4) Die Behandlung der Symptome der Säurevergiftung nach Operationen sollte bestehen in: Venaesectio, Kochsalzinfusion und Klistieren von Natron bicarbonicum-Lösung.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

7) **Demaillasson.** Les injections analgésiantes »loco dolenti« dans les névralgies périphériques.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 31.)

D. benutzt örtliche Kokaineinspritzungen bei Neuralgien einmal, um den peripheren oder zentralen Sitz der Neuralgie festzustellen, sodann zur Entscheidung, ob die Neuralgie operativ behandelt werden soll oder nicht. Drei Möglichkeiten liegen vor: 1) Der Schmerz wird durch die subkutane örtliche Einspritzung unterdrückt, die Neuralgie

ist also peripheren Ursprungs und die Operation bei hartnäckigen Fällen wirksam und berechtigt. 2) Der Schmerz hört erst auf bei Einspritzung oberhalb der schmerzhaften Stelle, die Neuralgie ist also faszikulären Ursprungs, eine etwaige Operation hat den Nerven oberhalb der Schmerzstelle anzugreifen. 3) Die Einspritzung ist nur subdural im Rückenmarkskanal wirksam, der Ursprung der Neuralgie liegt also in den sensiblen Wurzeln oder dem Mark, eine Neurotomie wäre zwecklos. **Mohr** (Bielefeld).

---

8) **M. Yearsley.** A constance et des variétés de l'épine de Henle.

(Revue hebdom. de larynyologie, d'otologie et de rhinologie 1905. Nr. 2.)

Nach der Literatur und eigenen Erfahrungen hielt Verf. die Henle'sche Spina für ein sicheres Zeichen zur Bestimmung der oberen Grenze oder des Antrum selbst, bis Cheatle ihm 18 Schläfenbeine demonstrierte, wo das Antrum der Lage der Spina keineswegs entsprach, und man Gefahr lief, direkt in die mittlere Schädelgrube zu gelangen, oder die Spina ganz fehlte. Dies, sowie eine eigene Erfahrung gaben den Anlaß zu genaueren Untersuchungen. Nach der vom Verf. zusammengestellten Literatur fehlte die Spina in 7,14 %. Y. untersuchte 1017 Schädel mit 2000 Ohren von 4—112 Jahren der verschiedensten Nationalität. Die Spina fehlte in 8 % und war wenig deutlich in 12,51 %. Dieser Ausfall beeinträchtige den praktischen Wert dieses Richtpunktes wesentlich. Viel konstanter sei die Fossa supra meatum, eine kleine Vertiefung hinter der Spina von variabler Form und Tiefe. Diese fand er an allen 2000 Ohren. Ihre Form war dreieckig in 187, rund in 45, einfach spaltähnlich in 950, eine tiefgeschnittene Furche in 586, ein breites Loch in 494 Fällen; zwei oder drei kleine Öffnungen zeigte sie 199- und 434mal. An 199 Schläfenbeinen, wo die Spina fehlte, zeigten drei kleine Löcher die Lage der Fossa an. Beim Kinde bilden diese Löcher eine Art Sieb (Broca's spongiöser Fleck). Diesen sieht man vom 8. Fötalmonat bis zum 2. Lebensjahr. Anfangs über dem Gehörkanal gelegen, liegt er später über und hinter demselben, um endlich in die Fossa supra meatum zu fallen; genau der Lage des Antrum entsprechend hängt er mit zahlreichen in dasselbe führenden Gefäßen zusammen. Im großen und ganzen fand Verf. je dicker ein Schädel sei, desto mehr seien die Furchen und Vorsprünge ausgeprägt. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

9) **G. Laurens.** Chirurgie de l'oreille dans ses rapports avec la base du crane et la colonne vertébrale.

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1904. Nr. 53).

Die vorliegende Arbeit gilt einer Komplikation der Ohreiterungen, deren Gebiet bisher weniger beachtet wurde, jedoch mit Unrecht. Die otogenen Eiterungen an der Schädelbasis sind, so führt Verf. aus,

schwer zugänglich, langwierig und erfordern oft mehrfache Eingriffe. In otologischer Hinsicht könne man drei Gebiete unterscheiden: a. eine occipitale Zone, b. eine mittlere, entsprechend der unteren Pyramidenfläche, c. eine vordere (prae- et lateravertebrale); alle treten in Beziehung zu den Mittelohrräumen. Pathogenetisch kommen in Betracht Blut-, Lymphwege und knöcherne Gefäßkanäle. Die seitlichen, tiefen Halsphlegmonen entstehen auf dem Lymphwege. Abszesse venösen Ursprunges stammen von Phlebitiden der Jugularis und des Emissarium mastoideum. Für die Sichtung der auf knöchernem Wege entstehenden Eiterungen hält man am besten an der erwähnten Dreiteilung des in Rede stehenden Gebietes fest, und zwar wird ergriffen: 1) Die occipitale Partie im Gefolge von Affektionen der Spitze und der Digastricusfurche, wie bei der Bezold'schen Mastoiditis. Nekrose der Tabula interna mit perisinuösem Abszeß und folgender Occipitalfistel oder Eiterung nach dem Hinterhaupt verirrter Zellen führen zu tiefen Nackenphlegmonen. 2) Die Zona jugularis et subpetrosa durch phlebitische oder periphlebitische Abszeße in der Fossa jugularis oder nach Bezold'scher mehr nach der Felsenbeinspitze drängender Mastoiditis. 3) Das Gebiet vor und seitlich der Wirbelsäule durch Kanäle, Öffnungen, Spalten, wie Glaser'sche Spalte, Canalis caroticus, Spalten der Paukenhöhle, der Tube, des peritubaren Gewebes usw. So beobachtete L. einen Fall von pericerebellarem Abszeß, der, durch eine Fistel nach unten durchgebrochen, mit Kompression des IX., X. und XII. Hirnnerven unter der Basis des Felsenbeines sich verbreitete und endlich hinter dem Rachen zutage trat. Die Senkung in das Mediastinum ist von da aus stets zu gewärtigen. Diagnostisch sind von Bedeutung: Nackenschwellung, intensiver Hinterkopfschmerz, Schwellung unter der Spitze, Thrombophlebitissymptome, Schwellung am Kiefer, Sternocleidomastoideus, Vorwölbung der hinteren Rachenwand. Um derartige Eiterungen möglichst wenig zu übersehen, ist besonders zu achten 1) auf die Spitze, 2) auf eine Zone zwischen hinterer Gehörkanalswand und Sinus einer- und Antrum und Spitze andererseits, 3) auf Sinus und Dura cerebelli. Eine ausgiebige Freilegung ist selbstverständlich notwendig.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

10) **F. M. Oberländer** und **A. Kollmann.** Die chronische Gonorrhöe der männlichen Harnröhre und ihre Komplikationen. Teil II u. III.

Mit 98 Abbildungen u. 8 Tafeln, V, 250 u. 181 S., gr. 8. Leipzig, **Georg Thieme,** 1905. M. 14.—; vollständig M. 20.—; geb. in Leinwand M. 21.50.

Verff. wollen in dem Buche nicht, wie sonst oft in Lehrbüchern üblich, eine erschöpfende Übersicht aller der verschiedenen Auffassungen der einzelnen Krankheitsbilder oder aller therapeutischer Verfahren geben, sondern sie beabsichtigen vor allem, ihren eigenen, in langjähriger Erfahrung gewonnenen Standpunkt in der Pathologie und

Therapie der chronischen Gonorrhöe des Mannes zu präzisieren. Dementsprechend ist bezüglich der Diagnose das Hauptgewicht auf die Urethroskopie, bezüglich der Therapie auf die Behandlung mit Dilatatoren gelegt. Besonders über diese Art der Therapie sind eine Fülle detaillierter, äußerst klarer und bestimmter Anweisungen für die Praxis gegeben, die allein schon das Buch für den Praktiker in hohem Maße des Lesens und des Studiums wert machen.

Auch die wissenschaftliche Begründung der Dilatationsbehandlung wird nach Möglichkeit angestrebt. Da histologische Untersuchungen der erkrankten Gewebe bei der Natur der Sache wohl nur äußerst schwer anzustellen sind, weil die gerade behandelten Fälle wohl nur sehr selten und zufällig zum Tode und zur Sektion kommen, so sind Verff. neben der klinischen Beobachtung vor allem auf die urethroskopische Kontrolle des therapeutischen Erfolges angewiesen. Dieser Kontrolle nach Möglichkeit das rein subjektive Element zu nehmen, ist K. bestrebt, indem er in einem ausführlichen Kapitel die Photographie des Harnröhreninnern erörtert und mit einer großen Anzahl schöner und instruktiver Photogramme erläutert. Das Buch ist auf so breiter Grundlage angelegt, daß es erheblich mehr gibt, als man nach dem Titel erwarten dürfte. So finden sich sehr lesenswerte Kapitel über urologische Instrumente im allgemeinen und über urologische Sterilisation und Asepsis, sowie über die Gonorrhöe der weiblichen Harnröhre und ihre Behandlung. Besonders die Kapitel über chronische Prostatitis und über die übrigen Komplikationen der chronischen Gonorrhöe sind auch für nicht rein urologische Chirurgen in hohem Maße interessant. Namentlich das so äußerst komplizierte Bild der Prostatitis, das ja zur Prostatahypertrophie mannigfache Beziehungen hat, ist in seinen zahlreichen verschiedenartigen Symptomenkomplexen, seinen Irradiationen auf andere Nervengebiete sehr klar und ausführlich geschildert.

Zusammenfassend ist das Werk dem Spezialisten als unentbehrlicher Wegweiser und Ratgeber aufs wärmste zu empfehlen. Aber auch der allgemeine Chirurg und der praktische Arzt wird vieles daraus lernen können.

Willi Hirt (Breslau).

---

11) **Sellei.** Behandlung des Harnröhrentrippers mit prolongierten Einspritzungen.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 7.)

Bei akuter, besonders aber bei chronischer Gonorrhöe wird die vorher durch Ausspritzen gereinigte Harnröhre vermittels des Guyon-schen Tropfkatheters mit einer antiseptischen Lösung (Hydrarg. oxycyanat, oder Protargol, oder Hermophenyl oder Argent. nitr. u. a. m.) angefüllt, und durch einen festen Verband an der Glans wird das Auslaufen der Flüssigkeit verhindert. Die Lösung bleibt 1—3 Stunden in der Harnröhre. Bei Urethritis posterior wird auch die hintere Harnröhre gefüllt. (Dabei läuft bekanntlich die Flüssigkeit sofort in die Blase ab. Ref.)

Willi Hirt (Breslau).

---

12) **Fuller.** The relation of gonorrhoeal rheumatism to seminal vesiculitis and its cure by seminal vesiculotomy.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

Verf. glaubt, daß der gonorrhoische Gelenkrheumatismus sehr häufig seine Ursache in einer Entzündung der Samenblasen habe, ohne daß Gonokokken in diesen Drüsen selbst noch vorhanden zu sein brauchen. In 15 Fällen von Tripper-Rheumatismus fand er 12mal Vesiculitis seminalis. Die Behandlung dieser Entzündung besteht in perinealer Freilegung der Samenblasen, Spaltung, Auskratzung und Tamponade derselben. In 4 so operierten Fällen war der Erfolg überraschend, innerhalb 24—48 Stunden waren alle Schmerzen aus den Gelenken verschwunden, nach 2 Wochen durften die Pat. aufstehen und konnten ohne Beschwerden gehen. Die Spaltung der Samenblasen wird unter Führung des Fingers vorgenommen, wobei jede Verletzung der Mastdarmwand zu vermeiden ist. Als Folge der Operation tritt zuweilen eine Entzündung der Harnröhre ein, welche nicht behandelt werden soll, da sie am besten wieder verschwindet, wenn sie sich selbst überlassen bleibt.

Herhold (Altona).

---

13) **Oberländer.** Die Therapie der Prostatahypertrophie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 29.)

O. empfiehlt als eigentliche Behandlung der Prostatahypertrophie, des Restharns und der Cystitis den regelmäßig vorzunehmenden evakuierenden Katheterismus. Demselben kommt nicht nur eine symptomatische, sondern auch eine direkt heilende Wirkung zu. Die absolute Notwendigkeit der chirurgischen Eingriffe wird recht selten an den behandelnden praktischen Arzt herantreten.

Borchard (Posen).

---

14) **C. Goebel.** Über die bei Bilharziakrankheit vorkommenden Blasentumoren mit besonderer Berücksichtigung des Karzinoms.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 3.)

In einer eingehenden, mit 57 sehr schönen makroskopischen und mikroskopischen Bildern ausgestatteten Arbeit beschreibt Verf. das klinische und pathologisch-anatomische Bild der von ihm als Chefarzt des Diakonissenhospitals in Alexandrien eingehend studierten Bilharziakrankheit, speziell die dabei vorkommenden Blasengeschwülste.

Bilharz entdeckte im Jahre 1854 als den Erreger einer in Ägypten sehr häufigen und ernsten Erkrankung, die unter dem Bilde schwerster Cystitis, Enteritis, Ureteritis, Pyelonephritis, Urethritis und schließlich Stein- und Geschwulstbildung in der Blase verläuft, einen Parasit, das Distomum haematobium, nach dem Entdecker Bilharzia haematobium genannt. Die Infektion mit den das Wasser der Sümpfe und Kanäle bevölkernden Bilharziaeiern findet statt direkt durch die Haut in das Blut- und Lymphsystem der barfuß im Wasser

arbeitenden Fellachen. Ein Zwischenwirt ist bisher nicht gefunden; wahrscheinlich wachsen die Eier in der Leber des infizierten Menschen zu Würmern aus. Die Unterleibsvenen, speziell die Venae haemorrhoidales sind der Lieblingsaufenthalt der Parasiten.

Die Blasengeschwülste, die bei den Bilharziakranken so häufig gefunden werden, sind teils gutartiger, teils bösartiger Natur.

Die ersteren sind keine echten Neubildungen, sondern gehören meist den sogenannten Granulationsgeschwülsten an, die in ihren ersten Anfängen von den Vegetationen bei chronischer Cystitis nicht abzugrenzen sind, aber zu erheblichen Geschwülsten sich entwickeln können, die meist polypöser Natur sind. Das mikroskopische Bild ähnelt dem des Rundzellensarkoms mit zahlreich eingestreuten Bilharziaeiern. Sekundär findet auch eine Epithelproliferation statt, ein Befund, der die Bilharziageschwülste von den Vegetationen der chronischen Cystitis histologisch unterscheidet. Die Geschwülste entstehen durch langdauernden Reiz, den die massenhaften, im Gewebe liegenden Eier verursachen. Dieselben bewirken nachweislich außerdem eine chronische Behinderung der Lymph- und Blutzirkulation, und da jeder chronische Stauungsreiz wucherungsanregend wirkt, begünstigen sie die Geschwulstentwicklung.

Die Geschwülste der zweiten Gruppe, die bösartigen, bilden mindestens 50% aller Bilharziawucherungen und sind fast ausschließlich Karzinome, und zwar vorwiegend Cancroide. Letztere entwickeln sich auf dem Boden einer epidermoidalen Metaplasie, die stets neben dem ausgebildeten Cancroid sich nachweisen ließ. Es waren stets primäre Blasengeschwülste, die mit der Prostata in keinerlei Zusammenhang standen. Bei sämtlichen Karzinomen ließen sich in den Randpartien Bilharziaeier nachweisen; dieselben gelangen stets sekundär in die Geschwulst, wenn diese die mit Eiern infizierte Mucosa oder Submucosa durchbricht. Ätiologisch spielen die Bilharziaeier nur die Rolle der Erreger eines chronischen Reizzustandes, der nach den jetzigen Anschauungen die Krebsentwicklung begünstigt. Die parasitäre Krebstheorie findet in den hier erhobenen Befunden keine Stütze.

K. Schultze (Bonn).

---

15) **Whiting.** Gangrene of the scrotum.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

Der Hodensack ist infolge seines weitmaschigen subkutanen Zellgewebes und der Schlaffheit und Zartheit der Haut prädisponiert für Entzündungen und Gangrän. Diese kann hervorgerufen werden durch bakterielle Infektion, welche durch Streptokokken oder gewöhnliche pyogene Organismen bedingt sein kann. 36 Fälle von hierdurch entstandener Gangrän wurden in der Literatur gefunden, davon 8 mit tödlichem Ausgang. Eine II. Gruppe von Ursachen, welche Gangrän verursachen können, sind Herz- und Nierenkrankheiten, wenn sie Ödem des Scrotum im Gefolge haben, ferner Urininfiltration; 15 Fälle mit 11 Heilungen und 4 Todesfällen. Gruppe III umfaßt die durch Traumen,

Gruppe IV die durch thermische und Gruppe V die durch trophoneurotische Einwirkungen bedingte Gangrän. Im ganzen wurden 93 Fälle dieser 5 Gruppen in der Literatur angetroffen, welche kurz beschrieben werden; 70 Wiederherstellungen und 23 Todesfälle = 23,5%.

Was die Behandlung anbetrifft, so sind bei den infektiösen Ödemen des Scrotums baldigst Inzisionen zu machen; bei den durch Herz- und Nierenkrankheiten bedingten Ödemen sollen aber keine Inzisionen, sondern nur Punktionen ausgeführt werden. **Herhold** (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

16) **Teacher.** Case of human anthrax septicaemia; infection through the intestine; diffuse meningeal haemorrhage.

(Glasgow med. journ. 1905. August.)

Milzbrandinfektion beim Menschen vom Darmkanal aus gehört zu den Seltenheiten; besonderes Interesse beansprucht der publizierte Fall wegen der absoluten Unmöglichkeit, während des Lebens eine Diagnose zu stellen.

Ein 36 Jahre alter Mann, der beruflich für eine Milzbrandinfektion in keiner Weise disponiert war, erkrankte aus voller Gesundheit heraus am 31. Januar 1905 mit Schwindelgefühl und Kopfweh. Abends führte er bereits verworrene Reden, war sehr erregt, zeigte aber von objektiven Krankheitssymptomen nichts außer geringer Spannung in der Regio epigastrica und umbilicalis. Am folgenden Tage traten Konvulsionen ein, der Urin enthielt Eiweiß und Zucker; nachmittags starb Pat. bereits nach der vierten Konvulsion.

Bei der Sektion fanden sich zahlreiche, z. T. der Perforation nahe Milzbrandgeschwüre und -Pusteln in Magen und Darm; der ganze Nahrungskanal, das Mesenterium und Mediastinum stark ödematös mit hämorrhagisch veränderten geschwollenen Lymphknoten durchsetzt; Milz erheblich vergrößert, zerfließlich weich, Herzmuskel stark verändert. Das ganze Hirn — selbst nicht verändert — von hämorrhagischem Arachnoidealgewebe umgeben, das auch in alle Spalten tief eindrang. Überall in den veränderten Organen, auch in den Nieren und der Zunge, fanden sich Milzbrandbazillen in großer Menge, z. T. zugleich mit Streptokokken und anderen Bakterien.

Durch Kultur und Tierversuch wurde die Diagnose auf Milzbrand bestätigt.

Da die Veränderungen im Darme die vorgeschrittensten waren, muß hier die Eingangspforte angenommen werden. **M. v. Brunn** (Rostock).

17) **E. W. Goodall.** Two cases of glanders.

(Lancet 1905. August 26.)

Verf. beschreibt zwei tödlich verlaufene Fälle von Rotz; die betreffenden Pat. waren 55 bzw. 33 Jahre alt; der erste war Buchdrucker von Beruf, und eine Infektionsquelle war nicht aufzufinden; der zweite war bei Pferden beschäftigt. Auffallend war, daß beide Kranke mit der Diagnose Typhus abdominalis eingeliefert wurden. Verf. stellte sofort nach der Aufnahme bakteriologisch Malleus fest. Die Krankheitsdauer betrug 22 bzw. 24 Tage, bei Fall 2 fanden sich in der Leiche auch Ulzerationen des Kehlkopfes, die nach Verf. sonst sehr selten bei der Erkrankung vorkommen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

18) **W. N. Berkeley.** The present clinical and bacteriological status of Vincent's angina.

(Med. news 1905. May 27.)

Von den 29 summarisch berichteten Fällen ist besonders bemerkenswert, daß bei der Ähnlichkeit des klinischen Bildes im Beginne der Erkrankung mit der

genuinen Diphtherie mehrere Male Serum injiziert wurde, daß ein Fall in Diphtherie überging, daß ein Fall von Übertragung von Mutter auf Kind zu verzeichnen ist, und daß es schließlich dem Verf. gelang, im peptonisierten Tonsillenextrakte beide Mikroorganismen symbiotisch bis zur vierten Übertragung zu züchten.

Hofmann (Heidelberg).

19) **E. W. Scott Carmichael and J. M. Beattie.** Delayed chloroform poisoning.

(Lancet 1905. August 12.)

Verff. beschreiben ausführlich einen einwandsfreien Fall von subakut verlaufener tödlicher Chloroformvergiftung bei einem $3^3/_4$jährigen Kinde. Der Tod trat 42 Stunden nach der tadellos abgelaufenen Operation (am Ellbogen) ein; den klinischen prämortalen Symptomenkomplex beherrschte das Übelsein und das Durstgefühl. Die Pupillen waren ständig dilatiert. Mikrophotographische Bilder der Organe (Lunge, Niere, Nebenniere, Magen und Knochenmark) sind in die Arbeit aufgenommen. Eine andere Todesursache als das Chloroform erscheint ausgeschlossen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

20) **D. A. Sinclair** (New York). Gangrene of the skin following the use of stovaine, a new lokal anaesthetic.

(Journ. of cutan. diseases 1905. July.)

S. berichtet über fünf Fälle von Mißerfolgen bei Stovaininjektionen, welche zum Zwecke lokaler Anästhesie bei chirurgischen Eingriffen gemacht waren. Bei einem seiner Fälle versagte die 2%ige Stovainlösung quoad Anästhesie vollkommen, bei den vier anderen Fällen trat an den Injektionsstellen eine ausgedehnte und sehr hartnäckige Gangrän ein. Von diesen Fällen zeigte einer noch erhebliche Intoxikationserscheinungen. So unbedeutend die Zahl der Beobachtungen ist, so genügt sie doch zu einer sehr ernsten Mahnung zur Vorsicht bei dem Gebrauche des betreffenden Medikamentes.

Harttung (Breslau).

21) **E. Hoffmann.** Über Isoformdermatitis bei einem mit Jodoformidiosynkrasie behafteten Kranken.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

H. teilt einen Fall mit, welcher beweist, daß Isoform selbst in schwacher Konzentration bei einzelnen Individuen eine recht heftige Dermatitis hervorzurufen vermag, und daß Personen, welche mit Jodoformidiosynkrasie behaftet sind, auch gegen Isoform empfindlich sein können. Damit ist die Behauptung Heile's, daß normale Haut niemals durch Isoform gereizt wird, nicht ohne Einschränkung richtig.

Langemak (Erfurt).

22) **J. H. Bryant.** Oedema of the feet and legs due to the excessive ingestion of sodium chloride.

(Practitioner 1905. August.)

Ein 40jähriger Arzt, welcher niemals an Malaria, Rheumatismus und ähnlichen Erkrankungen gelitten hatte, bemerkte an beiden Beinen, an welchen seit mehreren Jahren Varicen, ohne weitere Störungen zu verursachen, vorhanden waren, ein ziemlich rasch auftretendes Ödem sowie langsam zunehmende Schwere und Schwäche. In der Annahme, daß ein Herz- oder Nierenleiden die Ursache sei, konsultierte er den Verf., welcher bei genauester Untersuchung kein organisches Leiden feststellen konnte, doch nachwies, daß das Ödem infolge übermäßig reichlichen Genusses von Salz entstanden war, das zu allen Speisen vom Pat. genommen wurde. Der Urin enthielt dreimal so viel Chloride als in der Norm (1,86%). Durch entsprechende Diät und Verminderung der NaCl-Zufuhr trat völlige Heilung ein.

Jenckel (Göttingen).

23) **W. Brown.** Treatment of tuberculosis and tuberculin inoculation.
(Brit. med. journ. 1905. May 20.)

Bericht über eine ganz bedeutende Besserung einer schweren tuberkulösen Cystitis — bewiesen durch Bazillenbefund und cystoskopische Untersuchung — bei einem 16jährigen Mädchen durch Injektionen von Koch's Tuberkulin R. Verf. begann mit einer Dosis von $^1/_{250}$ mg und stieg langsam im Laufe von 3 Monaten auf 1 mg. Die Reaktionen waren im Anfange heftig und ließen allmählich nach.

W. Weber (Dresden).

24) **Albers-Schönberg.** Das im März 1905 eröffnete neue Röntgeninstitut des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg-Hamburg.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Die Beschreibung des neuen Institutes zeigt uns, daß es sich hier um eine Mustereinrichtung ersten Ranges handelt, indem einerseits alle, auch die modernsten technischen Errungenschaften Aufnahme gefunden haben, andererseits für die Bequemlichkeit und praktische Handhabung der Apparate auf das beste Sorge getragen ist. Zugleich ist ein in jeder Beziehung ausreichender Schutz für das im Röntgenlaboratorium arbeitende Personal geschaffen.

Im Untersuchungsraume hat A.-S. einen bis jetzt unbekannten Apparat angebracht, seinen »Hochspannungsumschalter«, welcher eine rasche Umschaltung der einzelnen vorhandenen Apparate gestattet.

A.-S. dürfte seinen Wunsch, nicht nur ein Institut für die praktischen Bedürfnisse des Krankenhauses, sondern auch ein Muster-Versuchs- und Lehrinstitut der Röntgenologie zu besitzen, vollkommen erreicht haben.

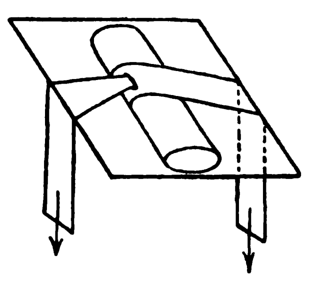
Gaugele (Zwickau).

25) **Grashey.** Technisches zur Albers-Schönberg'schen Kompressionsblende.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Verf. teilt einige Neuerungen mit, die er an der Albers-Schönberg'schen Blende angebracht hat. Einmal ruht die Röhre horizontal auf zwei Lagern. Zur einmaligen genauen Zentrierung einer Röhre auf dem Röhrenbrette bedient sich Verf. einer Pendelvorrichtung. Für jedesmalige Zentrierung auf dem Preßzylinder hat G. an ihm eine umklappbare Visier- und Pendelvorrichtung angebracht, ferner für Kopfaufnahmen als Stütze besondere Pelotten an den Stützsäulen des Blendengestelles. Ein schräger Ansatz endlich an der unteren Öffnung des Preßzylinders dient zu Fuß- und Schulteraufnahmen. **Gaugele** (Zwickau).

26) **Robinson.** Zur Technik der Fixation des Objektes bei radiologischen Aufnahmen. Die Schlitzbinde.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Als bestes Mittel zur Fixation dient bisher der Sandsack, welcher aber der Asepsis, ja häufig der einfachsten Reinlichkeit Hohn spricht. Weniger exakt ist die Anwendung von Pelotten, da sie nicht genügend fixieren. Die Kompressionsblende von Albers-Schönberg genügt auch nicht für alle Fälle. Die Fixation mit elastischen Gummibinden ist nicht zu empfehlen, weil sie zuviel Röntgenlicht absorbieren; besser ist die mit Leinwand- und Kalikobinden, entweder mittels Bindentouren oder mittels Bindenzuges. Die zweckmäßigste und nach mathematischer Berechnung am sichersten wirkende Methode ist nach Verf. die Schlitzbinde, welche um das Objekt herumgeführt wird (ohne Platte) und nach beiden Seiten einen gleichmäßigen Zug ausübt (cf. Fig.).



(Ref. hat seit Veröffentlichung obigen Artikels bei seinen Röntgenaufnahmen vielfach die Schlitzbinde in Anwendung gebracht und kann sie wegen ihrer Einfachheit und sicheren Fixierung nur empfehlen. **Gaugele** (Zwickau).

27) **Golubinin.** Ein Fall von therapeutischer Anwendung der Röntgenstrahlen bei Morbus Addisoni.

(Therapie der Gegenwart 1905. Mai.)

G. hat einen Fall von Morbus Addisoni durch Behandlung mit Röntgenstrahlen erheblich gebessert. Es handelt sich in dem betreffenden Falle, wie durch Tuberkulininjektionen bewiesen wurde, um eine Nebennierentuberkulose. G. griff deswegen zur Röntgentherapie, weil er sich die Eigenart der Röntgenstrahlen, die Entwicklung junger, wenig beständiger Zellelemente zu hemmen, nutzbar machen wollte. Granulationsgewebe frischer Herde konnte atrophieren und infolgedessen einige unversehrt gebliebene Teile der Nebennieren ihre normale Funktion wieder aufnehmen.

Es fanden im ganzen 50 Bestrahlungen im Laufe von 70 Tagen statt. Die Sitzungen dauerten 3—8 Minuten, die Bestrahlung geschah vom Bauch aus.

G. war mit dem Erfolge sehr zufrieden und empfiehlt eine Nachprüfung.

Silberberg (Breslau).

28) **Caminti** e **Catalasso.** Sull' impiombatura delle ossa.

(Gazz. internaz. di med. 1905. Giugno.)

Verff. gebrauchten in 13 Versuchen an Hunden zur Füllung von Knochenhöhlen und Muskeldefekten die Huckmann'sche Masse aus Walrat, Jodoform und Sesamöl. Auch subkutan, intraperitoneal und intrapleural wurde dieselbe injiziert, ebenso wurde sie in drei klinischen Fällen tuberkulöser Knochendefekte verwandt. Ihre Resorption geschieht sehr langsam. Bei Tuberkulose eignet sie sich zur Füllung ganz besonders, weil der völlige Verschluß der Wunde und somit die Vermeidung der Sekundärinfektion über ihr möglich ist, und Jodoform zudem seine spezifische Wirkung auf die Tuberkulose entfaltet.

Nach den Experimenten zu schließen, eignet sich die Mischung auch zur Füllung langer, tiefer Fistelgänge und tuberkulöser Höhlen, obwohl hierüber klinische Erfahrungen nicht vorliegen. **Dreyer** (Köln).

29) **Cole.** Typhoid meningitis.

(Johns Hopkins hospital reports Vol. XII. 1904. p. 379.)

30) **McCallum.** The pathological anatomy of meningitis due to bacillus typhosus.

(Ibid. p. 411.)

C. führt zunächst einige bereits publizierte Fälle aus der Literatur an, in denen bei bestehendem Abdominaltyphus mehr oder weniger schwere Hirnsymptome bestanden, welche unmittelbar auf Typhusbazillen im Liquor cerebrospinalis zurückgeführt werden konnten.

Fünf gleiche Fälle, in denen aus dem Liquor cerebrospinalis nach Lumbalpunktion Typhusbazillen vermittels des Kulturverfahrens erhalten werden konnten, werden aus dem Johns Hopkins Hospital mitgeteilt. Die Hirnsektion war unter diesen fünf Fällen, die sämtlich tödlich endeten, nur einmal gestattet; hier fand sich neben den durch nachweisbare Typhusbazillen gesetzten Veränderungen noch eine tuberkulöse Meningitis.

Ferner bringt C. noch die Krankengeschichte eines selbstbeobachteten Falles von eitriger Zerebrospinalmeningitis, die ebenfalls durch Typhusbazillen in Reinkultur erzeugt worden war.

Eine sehr eingehende pathologisch-anatomische Beschreibung dieses ebenfalls tödlich geendigten Falles gibt McC. Er konnte überall in dem Eiter und den schwer veränderten Hirnhäuten Typhusbazillen in Menge nachweisen.

W. v. Brunn (Rostock).

31) **Donelan.** A case of cerebro-spinal meningitis; lumbar puncture; recovery.

(Brit. med. journ. 1905. May 27.)

Ein 50jähriger Mann erkrankt unter den Zeichen einer Zerebrospinalmeningitis und wird wegen zunehmender Verschlechterung am 5. Tage einer Lumbalpunktion unterworfen. Kurze Zeit nach der Entleerung von etwa 60 ccm leicht getrübter Zerebrospinalflüssigkeit unter starkem Drucke schwindet die Benommenheit, und in wenig Tagen ist völlige Genesung eingetreten. Die Punktionsflüssigkeit zeigte zahlreiche vielkernige Leukocyten, von denen einige den Diplokokkus intracellularis enthielten. D. hält den Fall für ein Beispiel sporadischer epidemischer Zerebrospinalmeningitis, bei dem die Lumbalpunktion gerade rechtzeitig genug kam, um den Übergang vom einfachen Kongestionsstadium zur Eiterung zu verhindern.

W. Weber (Dresden).

32) **K. Love.** Case of otomycosis of the middle ear.

(Glasgow med. journ. 1905. August.)

Der Pat. befand sich wegen chronischer Ohreiterung bereits seit Jahren in Behandlung des Verf., als dieser im November 1904 — das Trommelfell war bereits ganz verloren gegangen — eine eigenartige Masse aus dem Mittelohr entfernte, die ausschließlich aus großen Massen von Vegetationen des Aspergillus niger bestand. Diese Affektion, im äußeren Gehörgang oft beobachtet, ist im Mittelohr selten.

Behandlung mit Alcohol. absolutus und antiseptischem Pulver besserte den Zutand schnell. **W. v. Brunn** (Rostock).

33) **Taptas.** De la mastoïdite suppurée aiguë latente comme complication de l'otite moyenne aiguë catarrhale.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 44.)

Die erwähnten sechs Fälle sollen den Beweis dafür bringen, daß nach katarrhalischer Otitis media eine eitrige Mastoiditis folgen kann.

Zwei Fälle scheiden aus der Bewertung aus, da sie nicht vollständig beobachtet werden konnten. Fall 1. Mehrere Monate katarrhalische Otitis mit leichter Rötung des Trommelfelles, zeitweisem Spontan- oder Druckschmerz hinter dem Ohre. Plötzlich Verlust des Bewußtseins. Tod. Sektion fehlt. Fall 2. Seröses Exsudat im Mittelohre 3 Monate palliativ behandelt. Druckempfindlichkeit am hinteren Rande des Mastoideus, fortdauernde Schmerzen und Röte des Trommelfelles, leichtes Fieber bestimmen zur Operation, bei der sich wäßriges Sekret (Eiterkokken) und fungöse Granulationen im Warzenfortsatz und auf der Dura finden. Fall 3. Akute Mastoiditis mit subperiostalem Abszeß nach Otitis ohne Ausfluß. Operation. Heilung. Fall 4. Der Fall gehört nicht zum eigentlichen Thema; nach Heilung einer eitrigen akuten Otitis wurde Pat. 2 Monate später an einem perisinuösen Abszeß operiert. Wie in Fall 2 durch die Operation die Pachymeningitis aufgedeckt wurde, so scheint es auch in Fall 1 sich um einen perisinuösen Abszeß mit konsekutiver Meningitis gehandelt zu haben. Überhaupt findet sich, wie vielfach beobachtet worden ist, der perisinuöse Abszeß nach einer scheinbar nur katarrhalischen Otitis media, sei es, daß das eitrige Stadium unbemerkt bei Eintritt in die Behandlung abgelaufen war, sei es, daß der Prozeß so rasch fortschritt (Pneumokokken), daß es in der Paukenhöhle zu einer Eiterbildung gar nicht kam.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

34) **M. Guément.** Un cas d'otite moyenne suppurée post-grippale gauche; mastoïdite. Aphasie et hémiplégie droite concomitantes.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 42.)

4 Wochen nach einer Grippe erkrankte ein 33jähriger Arzt an einer akuten linksseitigen Mittelohreiterung; 2 Tage später: intensives Kopfweh mit conjuncti-

valer Injektion. Temperatur 38,8, Puls 118. Delirien. Cheyne-Stokes. Motorische Aphasie. Etwas Albumen. Einige Tage darauf unvollständige linksseitige Facialislähmung, rechtsseitige, mehr den Arm als das Bein betreffende Hemiplegie. In der Annahme eines subduralen Abszesses, der die motorische Region komprimiere, wurde zur Operation geschritten. Warzenfortsatz enthält Eiter und Granulationen; keine Fistel nach dem Schädelinnern. Freilegung der Dura, welche normal erscheint; kreuzweise Spaltung entleert etwas Liquor. Inzision des Schläfenlappens und der hinteren Partie des Stirnlappens ohne Ergebnis. 3 Tage lang fortschreitende Besserung, sodann wieder Zunahme der Lähmungen des Facialis und der Extremitäten. Von neurologischer Seite wurde eine Influenzaencephalitis der Capsula interna und des Corpus striatum diagnostiziert. Unter schwankenden Symptomen schließlich Tod. In einem ähnlichen Falle wurde die Roland'sche Furche freigelegt und makroskopisch gesund befunden.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

35) **E. B. Deuch.** De la cure radicale dans l'otite moyenne suppurée.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 46.)

In 92 Fällen entfernte Verf. die Knöchelchen 53mal mit folgender Heilung, 25mal Besserung, 2mal ohne Erfolg, 12mal Ausgang unbekannt. Sodann äußert sich Verf. ausführlicher über die bei der Radikaloperation zu beachtenden Details. Er hält die Transplantation für ein die Behandlung abkürzendes Moment: 43mal führte er sie bei der Radikaloperation aus, 20mal 5—6 Tage später. Die Heilungsdauer betrug hier mindestens 3½ Wochen, 1mal 5 Monate; dagegen ohne Transplantation im günstigsten Falle 8—10 Wochen; sonst viel länger. Unter 98 Fällen erzielte Verf. 71 volle Heilungen, 16mal bestand noch mehrere Monate nach der Operation leichte Sekretion; 5 Fälle blieben ungeheilt, 2 sind an interkurrenten Krankheiten gestorben, 4mal Ausgang unbekannt. Das Hörvermögen für Flüstersprache wurde meist verbessert. Facialislähmungen kamen 14mal vor, jedoch gingen sie alle nach mehr oder minder langer Zeit zurück.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

36) **E. Escat.** Trois cas de nécrose du limaçon terminés par élimination spontanée.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 43.)

Nach einer kurzen und unvollständigen Übersicht berichtet Verf. über drei Fälle, von denen die beiden ersten nach chronischen Eiterungen eintraten:

1) 29jähriger Mann, seit 14 Jahren Otorrhöe, seit 1 Monat Facialislähmung, seit 8 Tagen Schmerzen und Fieber. In der Tiefe des Meatus grauer, strahliger, beweglicher Körper, der mit einer Pinzette leicht extrahiert werden kann. Ätzung der darauffolgenden Granulationen und eine retroaurikuläre Inzision führen rasch zur Heilung, naturgemäß bei absoluter Taubheit. Dagegen schwindet die Facialislähmung. 2) 33jährige Frau mit 8 Jahre alter Eiterung, spritzte sich gelegentlich einen Körper aus, der sich als die zwei oberen Schneckenwindungen erwies; seitdem hörte der Ohrenfluß auf. Erneute Anfälle von Schwindel, Kopfweh und Erbrechen sistierten unter exspektativer Behandlung und Verabreichung von Bromwasserstoffsäure. Im 3. Falle stellten sich gelegentlich eines Scharlachs Labyrinthsymptome ein, 3 Monate später eitrige Otitis, die zu hochgradiger Zerstörung führte, so daß Granulationen ausgeschabt und die obere Trommelfellhälfte nebst den Knöchelchen entfernt werden mußte. 4½ Monate nach Beginn wurde durch Spülung die sequestrierte Schnecke entfernt. Danach glatte Heilung unter absoluter Taubheit. Die isolierte Nekrose der Schnecke führt Verf. auf eine Thrombose der Art. cochlearis zurück und erklärt so das Erhaltensein der Bogengänge und des Vestibulum.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).



37) **Karewski.** Operativ geheilte otitische Sinusthrombose mit sekundärem osteoplastischen Verschluß eines Schädeldefektes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Es handelte sich um eine chronische Ohreiterung, deren akute Exazerbation durch Entfernung eines Polypen zunächst erfolgreich bekämpft wurde; da Besserung nur kurzdauernd, Radikaloperation. Perisinuöse Eiterung. Bereits vorhandene Zeichen einer Phlebitis jugularis kommen nicht zum Schwinden; nach 24 Stunden Symptome der Sinus-Jugularisthrombose; deshalb Freilegung dieser Blutleiter. Wegen ausgedehnter Erkrankung der Schädelknochen muß ein ungewöhnlich großes Stück von diesen fortgenommen werden. Entfernung eines Blutgerinnsels aus dem Sinus, Exstirpation der ganzen gleichfalls thrombosierten V. jugularis. Da der Knochenersatz des fortgenommenen Stückes ausblieb, wurde ein Müller-König-scher Lappen zur Deckung gebildet, dann erst die Anfrischung des Sinus als letzter Akt ausgeführt, um im Fall einer Blutung durch Andrücken des neugeschaffenen organischen Deckels die Hämorrhagie aus dem Sinus zum Stehen bringen zu können.

Primärer Schluß der Wunde. Heilung mit guter Hörfähigkeit. Mehrere Abbildungen erläutern das angewandte Operationsverfahren und illustrieren den guten kosmetischen Effekt. **Langemak** (Erfurt).

38) **J. Molinié.** Oblitération des trompes de l'orifice pharyngien des trompes coexistant avec un rétrécissement annulaire de l'isthme naso-pharyngien.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 51.)

Eine Obliteration der Tubenostien kann zustande kommen: 1) durch Traumen, infolge ungeschickter Instrumenteneinführung bei chirurgischen Eingriffen; 2) durch Cysten (Gruber); 3) durch Schwellung der Ränder; 4) nach Ablauf spezifischer Prozesse. Verf. beobachtete eine Art fibrösen Vorhang, der die ganze seitliche Wand des Nasopharynx bedeckte und keine Einzelheiten ebenda erkennen ließ; diese von hinten oben ausgehende Membran endete an der oberen Fläche des Gaumensegels und hatte eine Verlegung des Tubenostium zur Folge; über zwei derartige Fälle wird des genaueren berichtet. Beide Pat. waren früher mehrfach kauterisiert worden. Die Symptomatologie wird des ausführlichen erörtert, speziell in bezug auf Atmung, Geruch, Gehör und Stimme, eingehender besonders die Differentialdiagnose mit luetischen Prozessen behandelt. Bei der Unmöglichkeit, die Tubenöffnung wegsam zu machen, müsse man sich auf die Erweiterung des Rachens mit Hegar'schen Bougies beschränken; für das Gehör scheine einigermaßen aussichtsvoll die Paracentese. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

39) **Moro.** Caso di priapismo permanente.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905. Nr. 91.)

Bei einem 33jährigen Manne wurde ein seit 20 Tagen ohne nachweisbare Ursache bestehender, äußerst schmerzhafter Priapismus, der allen Behandlungsmethoden getrotzt hatte und auch in der Narkose nicht wich, durch eine 2 cm lange Inzision der Albuginea und Expression des pechschwarzen Blutes in der Menge von etwa 150 ccm zur Heilung gebracht. Ein Ödem der Eichel, welches nach der Operation entstand, verschwand in Kürze wieder. **Dreyer** (Köln).

40) **Churchman.** A case of congenital urethral stricture associated with hematuria and symptoms suggesting renal disease.

(Johns Hopkins hospital bull. 1905. p. 256.)

14jähriger Junge mit zwei angeborenen Stenosen der Harnröhre, eine dicht hinter dem Orificium extern., die zweite in der Pars membranacea. Blutung und Schmerzen verschwanden nach Dilatation der Strikturen vermittels Bougierung dauernd.

Außerdem Bericht über einen weiteren Fall von Hämaturie bei einem 13jährigen Knaben, die aus der hypertrophischen Schleimhaut am Trigonum kam, ohne daß dafür eine besondere Ursache zu erkennen gewesen wäre.

W. v. Brunn (Rostock).

41) **Freyer.** A recent series of 60 cases of total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ.

(Brit. med. journ. 1905. May 20.)

Seinen ersten 110 Fällen von suprapubischer Prostatektomie fügt F. 60 weitere hinzu, die er vom 1. Juli 1904 bis zum 8. März 1905 operiert hat, und bringt über einige Krankengeschichten von besonderem Interesse genaueren Bericht. Je einmal operierte er in Fällen, wo vorher die Bottini'sche Thermokauterisation bzw. die McGill'sche partielle Prostatektomie ohne irgendeinen Erfolg gemacht worden war. Das Alter seiner Pat. lag zwischen 57 und 83 Jahren. Von den 60 Operationen führten fünf zum Tode. Nur einmal konnte die Sektion ausgeführt werden: es fanden sich schwere Nierenveränderungen bei urämischen Symptomen; in den anderen vier Fällen handelte es sich klinisch einmal um Urämie, einmal um Bronchitis bei großer Nasen-Rachengeschwulst, einmal um eine »Verdauungsstörung«, möglicherweise durch eine chronische Leberaffektion, einmal um »Erbrechen und Kollaps« 2 Tage nach der Operation. In allen übrigen Fällen war der Erfolg der Operation sehr befriedigend. **W. Weber** (Dresden).

42) **L. Thomas.** Remarks on complete prostatectomy founded on fifteen cases.

(Brit. med. journ. 1905. May 20.)

Verf. führte 13 suprapubische und zwei perineale Prostatektomien aus mit zwei Todesfällen an Pat. im Alter von 56 bis 77 Jahren. Die entfernten Massen wogen 30—180 g. Die Operation nach Freyer, die T. bevorzugt, ist nur ausführbar mit starken, krallenartigen Fingernägeln; wer weiche, biegsame Nägel hat oder wer seine Nägel nach Chirurgensitte ganz kurz geschnitten hält, ist physisch nicht zur Ausübung der Freyer'schen Prostatektomie imstande. In mehreren seiner Fälle hat Verf. kein anderes Instrument gebraucht als ein Skalpell und einen Katheter. Nach Öffnung der Blase von einem queren Hautschnitt aus drängt er sich mit den Fingern der rechten Hand vom Mastdarm aus die Prostata entgegen und schält sie mit den Fingern der linken aus ihrer Kapsel aus. In einem seiner Fälle gebrauchte er einen besonders angefertigten Elevator zur Hebung des Blasenbodens vom Mastdarm aus. Unter seinen Todesfällen war eine Pneumonie bei einem 71jährigen Manne und eine unbeabsichtigte Eröffnung der Bauchhöhle durch Mitentfernung einer Samenblase. In allen übrigen Fällen war das Ergebnis ausgezeichnet: Befreiung vom Katheter, spontanes Urinieren in langen Zwischenräumen, Beseitigung der Infektionen, keine bleibende Fistel. **W. Weber** (Dresden).

43) **W. Fischer-Defoy.** Vier Fälle von osteoplastischem Prostatakarzinom. Zugleich eine Übersicht über 20 andere in Dresden beobachtete Knochenkarzinome.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 2.)

Den 13 in der Literatur bekannten Fällen von Prostatakarzinomen mit Knochenmetastasen reiht Verf. vier weitere Fälle an und bespricht noch weitere 20 Fälle von Knochenmetastasen, bei denen die primäre Geschwulst die Brustdrüse (5mal), den Magen (4mal), den Mastdarm (3mal), die Lunge (3mal), die Gebärmutter (2mal), die Gallenblase und die Speiseröhre je 1mal ergriffen hatte. 1mal konnte bei allgemeiner Carcinose eine primäre Geschwulst nicht festgestellt werden.

Auffallend war bei den Prostatafällen die makroskopisch geringgradige Veränderung derselben, und auch bei sämtlichen Knochenkarzinommetastasen war die Formveränderung der Knochen unbedeutend. Der Häufigkeit nach verteilen sich

die Knochenmetastasen in folgender Weise: Lendenwirbel, Brustbein, Oberschenkel, Rippen, Brustwirbel, Schädeldach, Halswirbel. Prinzipiell werden in Dresden-Friedrichstadt bei jeder karzinomatösen Leiche die Knochen genau untersucht. Die Histogenese der Knochenkarzinome ist folgende:

Die in die Knochenmarkskapillaren verschleppten karzinomatösen Epithelzellen setzen sich dort leicht fest und bewirken durch Verlegen der Lichtungen Stauungshyperämie. Diese bildet ein günstiges Moment für Knochenneubildung (wie ja schon längst in der Chirurgie praktisch ausgenutzt wird, Verf.). Das Stroma des wuchernden Krebses wird durch Osteoblasten in jungen Knochen verwandelt, der sich mit dem alten vereinigt und nun einen einheitlichen, feinfaserigen, von Krebszellen durchsetzten Knochen darstellt. Neben den osteoplastischen gehen Arrosionsprozesse Hand in Hand, so daß bald Knochenschwund, bald Knochenneubildung das Bild der sehr chronisch verlaufenden Krankheit beherrscht.

K. Schultze (Bonn).

44) **Fenwick.** The value of the use of a shadowgraph ureteric bougie in the precise surgery of renal calculus.

(Brit. med. journ. 1905. June 17.)

F. beweist an der Hand dreier lehrreicher Fälle den großen Wert von schattengebenden Harnleitersonden, sobald das Röntgenbild auch nur leise Zweifel erlaubt an der Lage und Örtlichkeit eines als Nieren- oder Harnleiterstein gedeuteten Schattens. In allen drei Fällen waren ihm die Pat. gebracht worden mit der auf Grund von Röntgenaufnahmen gestellten Diagnose Harnleiterstein. F. bestätigte seinen Zweifel an der Richtigkeit der Schattendeutung als Stein im Harnleiter durch eine Röntgenaufnahme nach Einführung von Harnleiterkathetern mit Bleimandrin. Die Lage des Sondenschattens bewies unzweideutig, daß die als Harnleitersteine gedeuteten Schatten unmöglich dem Harnleiter angehören konnten. Die Operation erwies als Ursache für den Schatten einmal eine Verkalkung an der Teilungsstelle der Bauchaorta, in den beiden anderen Fällen verkalkte Mesenterialdrüsen.

W. Weber (Dresden).

45) **Monsarrat.** Constriction of the ureter.

(Brit. med. journ. 1905. June 17.)

Verf. bringt drei interessante Fälle von Harnleiterverschluß: 1) Ein Mädchen von 20 Jahren leidet seit 20 Monaten an heftigen Schmerzanfällen in der rechten Seite, die lange Zeit als Appendicitis angesehen werden und alle 8 Wochen etwa auftreten. Der Harnleiterkatheterismus mittels Dilatation der Harnröhre und Einführung des Spekulums von Kelly ergibt ein Hindernis im rechten Harnleiter, einige Zentimeter über der Mündung. Transperitoneale Ureterotomie ergibt die gleiche Unwegsamkeit auch von oben her. Schluß der Wunde und Dilatation der Striktur einen Monat später von der Blase aus mit vollem Erfolge. Später noch einmal Laparotomie wegen Netzverwachsungen. 2) Bei einem 21jährigen Mädchen treten 3 Tage nach einem Fall auf die linke Seite die Zeichen einer Hydronephrose auf. Entleerung des erweiterten Nierenbeckens bei der Operation. Der Harnleiter mündet ungefähr 7 cm über dem tiefsten Punkte des Nierenbeckens und ist auf der Hälfte dieser Ausdehnung plattgedrückt gegen die Wand des Beckens. Spaltung der Wand des Harnleiters und des Beckens von innen aus bis zum tiefsten Punkt und Anlegung einer Naht, so daß eine breite Verbindung zwischen Harnleiter und Becken bestehen bleibt: Mynter's Operation. Voller Erfolg. 3) Akute Pyelitis bei einem 21jährigen Manne, als deren Ursache eine sehr enge Striktur beim Eintritt vom Harnleiter ins Becken nachgewiesen wird. Kein Stein. Erweiterung stumpf mit einer Zange vom Becken aus mit vollem Erfolge. Der Fall kann als Beispiel gelten für die Lehre, daß manche Pyelitis mit dunkler Ursache hervorgerufen wird durch eine einfache Urinstauung bei mechanischem Hindernis, da die Nieren auch bei scheinbarer Gesundheit des Organismus ein bakterienausscheidendes Organ sind.

Im Anschluß an diese drei Fälle bespricht M. kurz noch 30 andere aus der Literatur, in denen wegen Striktur des Harnleiters eingegriffen wurde. Von Operationen kommen nach ihm in Betracht außer der Nephrektomie die oben bei seinem zweiten Falle beschriebene Plastik von Mynter, diejenige von Fenger, der nach Art der Pyloroplastik eine Längsinzision quer vernäht, und die Küster'sche Operation, bei welcher der unterhalb der Striktur durchschnittene Harnleiter in den abhängigsten Teil des Nierenbeckens eingepflanzt wird.

W. Weber (Dresden).

46) **Walker.** Renal tuberculosis.

(Johns Hopkins hospital reports 1904. p. 455.)

W. behandelt in dieser Arbeit das ganze Thema der Nierentuberkulose auf Grund seiner Erfahrungen an 79 Fällen eigener Beobachtung und unter Berücksichtigung von 373 Fällen von Nierentuberkulose, sowie 84 solchen von Urogenitaltuberkulose aus der Literatur.

Ferner berichtet er über eine fortlaufende Reihe von 1369 Autopsien im Johns Hopkins Hospital. Bei 784 dieser Leichen wurden Veränderungen tuberkulöser Art gefunden; von 482 mit Lungentuberkulose Behafteten hatten 23 zugleich eine Nierentuberkulose; unter weiteren 266 mit Tuberkulose anderer Organe Behafteten hatten nur zwei Nierentuberkulose; alle 36 an Miliartuberkulose Verstorbenen hatten tuberkulöse Herde der Nieren. Nur bei 6 Fällen war der tuberkulöse Prozeß primär im Urogenitalapparat entstanden, niemals aber in der Niere primär.

W. nimmt als häufigsten Modus der Infektion der Niere mit Tuberkelbazillen den Blutweg an; selten mag der Prozeß von der Umgebung her das Organ ergreifen, selten auch von der Blase her.

Experimentelle Versuche zur Aufklärung der Ätiologie hat Verf. in großer Zahl unternommen, doch sind sie noch nicht reif zur Publikation.

Für die Diagnose hat nach seiner Ansicht das Tuberkulin geringen Wert; es ist nicht ohne Gefahr und kann bei Befallensein anderer Organe zu Irrtümern Anlaß geben.

Zur Bestimmung, welche Niere erkrankt ist, gibt er dem Harnleiterkatheterismus vor den Harnscheidern weitaus den Vorzug.

Für die Funktionsprüfung der Nieren hat er alle bekannten Methoden angewendet; er legt auf die Kryoskopie den größten Wert.

Die tuberkulös erkrankte Niere soll entfernt werden, sobald die Diagnose gesichert ist, auch wenn der Genitalapparat oder andere Organe affiziert sind, natürlich nicht bei zu schwerer Erkrankung; auch bei leichter Affektion der zweiten Niere wird nach Exstirpation der schwer erkrankten Niere Besserung beobachtet.

Bezüglich der Technik der Nephrektomie macht W. den Vorschlag, zuerst nach Bauchschnitt die Gefäße zu unterbinden und zu durchtrennen und dann vom Lumbalschnitt aus das Organ zu entfernen.

Der Harnleiter soll nur bei offensichtlicher Erkrankung entfernt werden.

Die Nephrotomie gab schlechte Resultate: von 36 Operierten starben 16 unmittelbar nach dem Eingriff. 24mal mußte W. nach der Nephrotomie noch die Nephrektomie ausführen.

Ausführlich werden die Krankengeschichten von 33 Patienten wiedergegeben: 6 Nephrektomien, davon 3 geheilt bzw. gebessert, 3 gestorben; 7 Nephrotomien, davon 4 geheilt oder gebessert, 3 Todesfälle; 2 Fälle von Sectio alta wegen komplizierender Blasentuberkulose, beide Male Tod; 18 Pat. wurden nicht operiert, 5 wurden gebessert, 3 nicht gebessert, 1 verschlechterte sich, 9 starben.

Außerdem werden die Protokolle über 4 Fälle von renaler Hämaturie mitgeteilt, in denen sicher festgestellt werden konnte, daß es sich nicht um Tuberkulose handelte, in denen aber auch keine andere Ursache für die Blutung gefunden wurde; 3 Fälle wurden bei interner Therapie gebessert, ein 4. blieb unverändert. Literaturverzeichnis von 208 Nummern.

W. v. Brunn (Rostock).



47) H. Kelly. Some surgical notes on tuberculosis of the kidney.
(Brit. med. journ. 1905. June 17.)

An der Hand von 35 Operationen wegen Nierentuberkulose bespricht K., der amerikanische Gynäkologe, die Geschichte, Ätiologie und Pathologie der tuberkulösen Erkrankung der Nieren. Gegenüber Baumgarten, dessen Lehre von der Infektion durch Tuberkelbazillen stets im Sinne der Sekretstromrichtung er im allgemeinen als richtig annimmt, betont er das Vorkommen von Ausnahmen dieser Regel. Die Tuberkulose der Niere ist fast ausschließlich eine fortschreitende Erkrankung, so daß jede nichtoperative Behandlung verlorene Zeit bedeutet. Zur Frühdiagnose kann es nötig werden, das zentrifugierte Sediment der 24stündigen Urinmengen Tag für Tag auf Tuberkelbazillen zu untersuchen und in zweifelhaften Fällen stets das Tierexperiment zu Hilfe zu nehmen. Als cystoskopische Maßnahme zieht Verf. seine eigene, direkte, »aeroskopische« Untersuchungsmethode mit besonderem Spekulum allen anderen vor. Er warnt dringend vor falschen Schlußfolgerungen, die verhängnisvoll werden können: eine Nierengeschwulst kann der hypertrophierten, die ganze Funktion tragenden, gesunden Niere entsprechen, und ist doch bereits zweimal irrtümlich entfernt worden; bei bestehender Phthise des Pat. kann die Tierimpfung positiv ausfallen durch ausgeschiedene Tuberkelbazillen, ohne daß die Niere erkrankt zu sein braucht. K. ist ein Gegner der konservativen Operationen bei der Nierentuberkulose, obwohl er einige wenige Erfolge bei der Resektion und Nephrotomie anerkennt. Letztere führt K. nur aus in sehr dringenden Fällen zur vorläufigen Lebensrettung: viermal mit einem Todesfall. Unter 31 Nephrektomien hat er nur einen Todesfall zu verzeichnen. Bei Mitbeteiligung der Blase führte er dreimal die Nephroureterocystektomie aus mit zwei Todesfällen.

W. Weber (Dresden).

48) Marshall. Large hydronephrosis mistaken for ovarian cystoma.
(Glasgow med. journ. 1905. August.)

Der Irrtum wurde erst nach Eröffnung der Bauchhöhle aufgeklärt. Die Maße der Geschwulst vor der Operation waren: von der Symphyse bis zur oberen Geschwulstgrenze in der Medianlinie $10^3/_4$ Zoll, Breite von $10^1/_4$ Zoll. Da die Cyste, um überhaupt entfernt werden zu können, eröffnet und entleert werden mußte, sind weitere Größen- und Inhaltsangaben nicht möglich. Es handelte sich um die linke Niere.

Die Kranke, 26 Jahre alt, wurde geheilt. M. ist der Ansicht, daß 4 Jahre früher durch einen — fraglichen — Harnleiterstein unter linksseitigen Leibschmerzen der erste Anstoß zu dem Leiden gegeben wurde, das durch eine Schwangerschaft 2 Jahre darauf weitere Ausbildung erhielt.

W. v. Brunn (Rostock).

49) Tusini. Sopra un caso di varicocele linfatico da filaria.
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905.)

Der vom Verf. in der chirurgischen Klinik in Pisa beobachtete, aus Brasilien eingeschleppte Fall von Varicokele wurde durch Resektion des stark varikösen Plexus spermaticus geheilt, und die Heilung blieb noch nach 5 Jahren bestehen. Es fanden sich Eier der Filaria Bancrofti im Samenstrang und in den kleinen erweiterten pseudolipomatösen Lymphgefäßen im Leistenkanale. Die kleinsten Gefäße und die Lymphräume waren infolgedessen erweitert. Die Muscularis und Elastica der Venenwand und der benachbarten Lymphgefäße und Lymphräume waren stark hypertrophiert. Zudem gelang es, in einem Blutgefäß drei embryonale Formen der Filaria Bancrofti nachzuweisen. Dieselben waren 8 μ dick, leicht gewellt, besaßen eine Randverdickung und waren sonst strukturlos.

Dreyer (Köln).

50) C. B. Keetley. Temporary fixation of testis to thigh.
(Lancet 1905. July 29.)

Verf. berichtet über 25 Fälle seiner Operation des Kryptorchismus, die darin besteht, den Hoden mit dem losgelösten Gubernaculum an die freigelegte Fascia

lata am Oberschenkel dem Hodensack gegenüber anzunähen. Verf. führt diese Methode seit 1894 aus und hält die Katzenstein'sche Modifikation, den Hoden an einem gestielten Hautlappen des Oberschenkels zu befestigen, für keine Verbesserung. Nach dem Annähen des durch das Scrotum hindurchgezogenen Hodens wird die meist (nach Verf. in 40% der Fälle) gleichzeitig bestehenden Hernie operiert und die Scrotalinzision mit der Oberschenkelinzision vernäht. Trennung vom Oberschenkel nach 5 Monaten. Die 25 Fälle der Statistik betreffen: rechte Seite 12, linke 2, beide Seiten 5 (1 ?), nicht mehr genau bekannt 6.

Die Erfolge waren stets ausgezeichnet. Zwei Abbildungen eines Pat. illustrieren die Operation in ihren Phasen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

51) **Ducurtil.** Cryptorchidie droite compliquée de hernie inguinale du même coté chez un enfant de huit ans; guérison complète sans opération, de l'une et de l'autre infirmité par le massage et consécutivement par le port prolongé d'un bandage herniaire.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Juillet.)

Die Überschrift enthält das Wesentlichste des Falles. Nach 3 bis 4 Massagesitzungen erschien der Hoden bei dem 8jährigen Knaben in der Höhe des inneren Leistenringes, innerhalb 4 weiterer Tage erschien er im Leistenkanal, um dann in den Hodensack herabzugleiten und dort liegen zu bleiben. Nachdem dieses erreicht war, wurde die Hernie zurückgebracht und ein gut sitzendes Bruchband angelegt. 2 Jahre sind seitdem verflossen, der Hode hat sich normalerweise vergrößert. Seit 8 Monaten ist der Bruch nicht mehr herausgetreten.

Herhold (Altona).

52) **Baisch.** Pathologisch-anatomische und klinische Ergebnisse der erweiterten Operationen des Uteruskarzinoms.

(Bericht über die 3. Sitzung der württemberg. Gesellschaft für Geb. und Gyn.)

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1905. 1. Juli.)

120 in der Tübinger Frauenklinik abdominal operierte Fälle ergaben, daß bei örtlich operablem Korpuskarzinom die regionären Lymphdrüsen niemals, bei operablem Cervixkarzinom in 30% krebsig erkrankt waren. Im operablen Stadium waren fast stets nur die Lymphdrüsen der ersten Etappe ergriffen; da, wo auch die zweite Etappe erkrankt war, war das Karzinom auch lokal inoperabel. Bei den eigentlichen Cervixkarzinomen fand sich die Erkrankung der Parametrien doppelt, die der Drüsen dreimal so häufig als bei dem Portiokarzinom. Für die Korpuskarzinome genügt demnach die vaginale Totalexstirpation, für die des Collum sind nur die Methoden von Wertheim und von Schuchardt zulässig. Die primäre Sterblichkeit kann nicht gegen den abdominalen Weg angeführt werden, sie sank in Tübingen von 16 auf 0%; die 2jährigen Heilungen betrugen 44%. Ob die Drüsenausräumung an den besseren Erfolgen das Verdienst hat oder mehr die ausgedehnte Entfernung der Parametrien, ist noch unentschieden. Döderlein hat die Drüsensuche nicht aufgegeben, jedoch auf die Entfernung der transperitoneal tastbaren, durch Größe und Härte als krebsig erkennbare Drüsen beschränkt.

Mohr (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 41. Sonnabend, den 14. Oktober. 1905.

Bemerkungen zur Resektion des Wurmfortsatzes.

Von

Th. Kölliker in Leipzig.

Seit einem Jahre bediene ich mich bei der Resektion des Wurmfortsatzes eines Schnittes, der sehr wenig verletzend ist und vor Bauchbrüchen ebenso schützt wie die Etagennaht. Es ist ein wenig geneigter Schnitt. Er beginnt am MacBurney'schen Punkte und verläuft in der Richtung nach der Mitte der Symphyse etwa 8 cm nach abwärts. Nachher Durchtrennung der Haut und des Unterhautfettgewebes wird die Aponeurose des Obliquus externus und das vordere Blatt der Rectusscheide zu einem Drittel bis zur Hälfte gespalten. Der Rectus wird alsdann stumpf gelöst und mit einem breiten Haken medial verschoben. Es folgt die Durchschneidung des sehnigen Teiles des Obliquus internus und Transversus, sowie der Fascia transversalis. Der Schnitt im Peritoneum wird sehr klein angelegt, etwa 3—4 cm lang. Diese Schnittführung hat den Vorteil, daß der Bauchfellschnitt in der Hauptsache unter dem Rectus liegt, und daß so gut wie keine Muskulatur, höchstens einige Fasern vom Obliquus internus durchschnitten werden. Beim Verschluß der Wunde wird das Peritoneum isoliert vernäht, der Rectus überdeckt die Naht, eine zweite Nahtreihe umfaßt sämtliche andere Schichten. Sehr häufig habe ich auch die Wunde einfach mit durchgreifender Naht verschlossen. Ergibt sich nach Eröffnung der Bauchhöhle, daß Verwachsungen bestehen und die Auffindung und Lösung des Wurmfortsatzes Schwierigkeiten macht, dann kann immer noch in solchen Fällen der Schnitt nach einer oder beiden Seiten hin verlängert werden, um die Verhältnisse übersichtlicher zu gestalten. Für derartige Fälle, bei denen die Auffindung und Auslösung des Wurmfortsatzes sich schwierig macht, möchte ich noch auf zwei Punkte aufmerksam machen.

Die Lage des Wurmfortsatzes kann man nach Freilegung des Coecum leicht feststellen, wenn man auf den Verlauf der vorderen Tänie des Coecums achtet. Der verwachsene Wurmfortsatz zieht die Tänie nach seiner Richtung hin, so daß eine Tänie, die nach der medialen Seite hin konvex gerichtet ist, für retrocoecal gelagerten Wurmfortsatz spricht. Ist die Tänie nach der lateralen Seite hin konvex, dann ist der Wurmfortsatz medial oder nach dem kleinen Becken hin verlagert. Sehr instruktiv sind nach dieser Richtung hin die Abbildungen 327, 330, 331, 332, 333 in Zuckerkandl's Atlas der topographischen Anatomie. Zuckerkandl bezeichnet allerdings diese Varietäten des Proc. vermiformis als physiologische Verhältnisse, eine Ansicht, der ich nicht beitreten kann. In einer Anzahl der Figuren — wie z. B. Fig. 332 — liegen sicher entzündliche Veränderungen vor.

Sehr erleichtert wird die Lösung eines verwachsenen Wurmfortsatzes ferner, wenn man ihn sofort nach Freilegung seiner Ursprungsstelle am Coecum doppelt ligiert und durchtrennt. Es kann alsdann das Coecum zur Seite geschoben werden, das Operationsgebiet wird freier und übersichtlicher, und die Ausgrabung des Wurmfortsatzes von seinem proximalen zum distalen Ende vollzieht sich weit leichter, als wenn man zunächst den ganzen Fortsatz löst und ihn dann erst am Coecum abträgt.

Ich bin mir wohl bewußt, mit dieser kurzen Mitteilung nichts Neues zu bringen, vielleicht enthalten aber diese Zeilen doch einige Punkte, die jüngeren Operateuren von Wert sind.

---

1) **Vincent.** La symbiose fuso-spirollaire. Ses diverses déterminations pathologiques.

(Ann. de dermat. et de syph. 1905. p. 401.)

Der Bacillus fusiformis tritt im Mund und Darm gesunder Menschen und Tiere sowie in der Erde auf. Um seine Harmlosigkeit zu beweisen, hat ihn Verf. auf seinen eigenen Körper verimpft; jedoch in der Symbiose mit einem bestimmten, nicht kultivierbaren Spirillus sieht Verf. die Ursache des Tropengeschwürs, des Hospitalbrandes, der Angina Vincenti, der Noma, der Gangrän des Mundes und der Lungen und der Stomatitis ulcero-membranacea. Farbige Abbildungen erläutern den Text.

Klingmüller (Breslau).

---

2) Umfrage über die Ätiologie des Krebses.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 20 u. 22.)

V. Czerny (Heidelberg) legt ausführlich die Gründe dar, die ihn bestimmen, an der parasitären Theorie der Entstehung der Krebszellen festzuhalten, so sehr sie auch noch der näheren Begründung bedürfe. Die unmittelbare Übertragung des Krebses ist sicher sehr selten, durch peinliche Reinlichkeit zu verhüten, unter ungünstigen äußeren Verhältnissen aber immerhin zu fürchten. Alle Krebskranken, deren Pflege Schwierigkeiten macht, sollen daher in Sanatorien untergebracht werden. Als vorbeugendes Mittel empfiehlt sich Einschränkung aller Veranlassungen zu chronischen Entzündungen, äußere Reinlichkeit usw.

F. Henke (Charlottenburg). Die Ursache des Krebses und der bösartigen Geschwülste ist keine einheitliche. Daß der Reiz für die atypische Wucherung der Epithelzellen in einem Teile der Fälle auf einem belebten Krankheitserreger beruht, ist nicht wahrscheinlich, aber möglich. Sichere klinische Beobachtungen, daß der Krebs kontagiös ist, liegen nicht vor. Gleichwohl könnte er seine Entstehung einem belebten Erreger verdanken, der sich dann aber nicht von Mensch zu Mensch überträgt. Die Forderung der Isolierung der Kranken geht zu weit. Die Einwirkung chronischer Reize ist zu verhüten.

Brashford (London). Das schrankenlose Wachstum des Krebses ist die Folge einer Kernverschmelzung, welche im Verlaufe der Endstadien der normalen Zellvermehrung auftritt. Als natürlicher Schluß aus dieser Anschauung ergibt sich die Altersverteilung der Krankeitsgefahr, sowohl was die Lebensdauer der einzelnen Organe im selben Tierkörper wie die der verschiedenen Tierarten anlangt. Die Untersuchungen der Londoner Krebsanstalt sprechen dagegen, daß der Krebs eine parasitäre Infektion oder eine ansteckende Krankheit in dem Sinne ist, in welchem diese Begriffe bei unzweifelhaft infektiösen Krankheiten gebraucht werden. Betrachtungen über Prophylaxe und Therapie (frühzeitige chirurgische Behandlung) können nur spekulativer oder empirischer Natur sein, bis wir gelernt haben, das Wachstum des Krebses bei der experimentellen Fortpflanzung nach unserem Belieben zu beeinflussen.

G. Schmidt (Berlin).

---

3) **G. A. Wollenberg.** Die Arterienversorgung von Muskeln und Sehnen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Mit Hilfe von Quecksilberinjektionen nach den Vorschriften von Opitz, Hildebrand und Lexer und von Röntgenstrahlen studierte Verf. den Verlauf der Arterien in den Muskeln und Sehnen der unteren Extremität des Neugeborenen und des Erwachsenen. Die Untersuchung führte zu sehr interessanten Ergebnissen, die mit Hilfe vorzüglicher Abbildungen an den einzelnen Muskeln demonstrativ vorgeführt werden. Die Untersuchung hat auch praktischen Wert, da z. B. nachgewiesen werden konnte, daß die Arterienversorgung der Gefäße aus dem Peritendineum stammt und weder vom Muskelbereich noch von der Insertionsstelle her erfolgt. Nach Durchtrennung einer Sehne brauchen demnach Ernährungsstörungen des peripheren Abschnittes der Sehne nicht befürchtet zu werden. Man hat aber darauf zu achten, daß man die Sehne nicht auf zu große Strecken von ihrem Peritendineum entblößt.

J. Riedinger (Würzburg).

---

4) **W. Werner.** Über Myositis ossificans traumatica.

Inaug.-Diss., München, 1904.

Verf. hat möglichst alle veröffentlichten Fälle von Myositis ossif. nach einmaligem Trauma mit Benutzung früherer Statistiken zusammengestellt und auch zwei neue Fälle der Münchener Klinik anfügen können, zusammen 101 Fälle. Durch kritische Würdigung der früheren Arbeiten und ihrer Ansichten über die Entstehung der Myositis ossif. traum. ist er zu folgenden Resultaten gekommen: die von der Myositis ossif. progressiva multiplex streng getrennte lokalisierte Muskelverknöcherung ist einzuteilen in:

1) periostogene, entweder im Zusammenhange mit dem Knochen oder intramuskulär entstanden,

2) myogene, als Produkt der eigentlichen Myositis ossif. traumatica,



3) Mischformen, entweder aus Nebeneinanderhergehen der Prozesse von 1 und 2 oder durch sekundäres Inverbindungtreten eines myogenen Muskelosteoms mit dem Knochen entstanden.

Alle drei Formen entstehen nach ein- oder mehrfachem Trauma. Ein Literaturverzeichnis von 252 Nummern ist beigefügt.

Renner (Dresden).

---

5) **Sarwey.** Bakteriologische Untersuchungen über Händedesinfektion und ihre Endergebnisse für die Praxis. Mit 4 Lichtdr.-Taf. III, 91 S. 8.

Berlin, **August Hirschwald,** 1905. *M* 2.40.

Der um die Frage der Händedesinfektion verdiente Verf. berichtet in der vorliegenden Monographie über zahlreiche neue einschlägige Versuche, die er in der Hauptsache zu dem Zweck angestellt hat, um dem von Ahlfeld aufgestellten Dogma von einer »absoluten Sicherheit der Keimfreimachung der Hände« den Boden zu entziehen. An der Hand eingehender Nachprüfungen der Ahlfeld'schen Versuchsreihen weist Verf. in einleuchtender Weise die mancherlei Lücken dieser nach, die zu der Aufstellung des nicht unbedenklichen Ahlfeld'schen Dogmas geführt haben. Zu dem genau gleichen Resultat bezüglich des Wertes der »Heißwasser-Alkoholdesinfektion« kommt eine Abhandlung von Engels.

Die Einzelheiten der exakten Ausführungen des Verf., die sich auch auf die Zurückweisung der Angriffe anderer Autoren (z. B. R. Schäffer) erstrecken, müssen im Original nachgelesen werden.

Das Ergebnis der Arbeit geht dahin, daß eine absolute Sterilität der Hände mit keiner Methode herbeigeführt werden kann, daß ein wesentlicher Faktor bei der Händedesinfektion die mechanische Reinigung bildet, daß die chemische Desinfektion mit einem mit Alkohol kombinierten chemischen Desinfizienz auszuführen ist (2%iger Lysoformalkohol; $2^{0}/_{00}$ige alkoholische Sublaminlösung) und endlich, daß die größte Sicherheit nach vorangegangener Desinfektion durch die Benutzung von Operationshandschuhen erzielt werde.

Engelmann (Dortmund).

---

6) **Walter.** Über das Röntgen'sche Absorptionsgesetz und seine Erklärungen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Röntgen hat seinerzeit nachgewiesen, daß die Röntgenstrahlen nach dem Verlassen einer bestimmten Schicht (Aluminium, Glas, Staniol) für den betreffenden Stoff ein erheblich größeres Durchdringungsvermögen erworben haben. Diese Tatsache nennt Verf. das »Röntgen'sche Absorptionsgesetz«, welches er durch ähnliche Versuche, wie sie von Röntgen selbst früher angestellt wurden, näher zu ergründen sucht. Das Resultat seiner Experimente gibt W. in dem Schlußsatze wieder, daß »eine Röntgenstrahlung durch die Ab-

sorption in einem bestimmten Stoffe die Fähigkeit erlangt, gerade denselben Stoff relativ am besten zu durchdringen, eine Tatsache, aus der man übrigens auch praktisch bei der therapeutischen Verwendung unserer Strahlen einen gewissen Nutzen ziehen kann, indem man beispielsweise, wenn man bei der Bestrahlung tieferer Organe die darüber liegende Haut vor Verbrennung schützen will, die Strahlen zunächst durch einen dieser Haut möglichst ähnlichen Stoff hindurchgehen läßt«.

Auch die Sekundärstrahlen zeigen ähnliche Eigenschaften.

Gaugele (Zwickau).

---

7) **Rieder.** Zur Technik der Röntgenstrahlentherapie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Je nach Sitz und Ausdehnung der zu behandelnden Krankheitsherde muß sich das Bestrahlungsverfahren verschieden gestalten. Um unliebsame Hautreaktionen zu vermeiden, ist eine sorgfältige Dosierung der Strahlen und eine rechtzeitige Unterbrechung der Bestrahlung am Platze.

Zu therapeutischen Bestrahlungen sind nur erstklassige Röhren mit regulierbarem Vakuum zu empfehlen, und zwar für oberflächliche Krankheitsherde weiche Röhren mit 20 cm Antikathodenabstand; für tieferliegende Organe härtere mit 30 cm Antikathodenabstand, wobei zweckmäßig die leichter absorbierbaren Strahlen durch aufgelegte Tücher usw. zurückgehalten werden. Kleine Induktoren sind zwar ausreichend, große aber vorzuziehen, weil nur dann ein länger dauernder, geregelter Betrieb der Vakuumröhren möglich ist. Bei Anwendung eines elektrolytischen Unterbrechers pflegt R. nur 7 bis 8 Minuten bei einer primären Stromstärke von 10 bis 12 Ampères zu bestrahlen, und zwar 3 bis 4 Tage nach einander; danach wieder Pause von ca. 2—3 Wochen. Bei eintretender Folliculitis oder Hautröte ist sofort auszusetzen. Zum Schutze für Pat. und Ärzte empfiehlt R. $1/2$ mm dicke Bleiplatten und von Grashey angegebene Polyphos-Blendenkästchen.

Gaugele (Zwickau).

---

8) **Wills.** Acne vulgaris and its treatment.

(Bristol med.-chir. journ. 1905. June.)

W. berichtet über einige äußerst hartnäckige Fälle von Akne pustulata et indurata, welche durch Röntgenstrahlen geheilt wurden. Am besten ist, eine leichte Reaktion in Form eines Hauterythems hervorgerufen, worauf nach vorübergehender Verschlimmerung eine vollständige Abschälung der Haut mitsamt den erkrankten Follikeln erfolgt. Die zunächst sehr empfindliche Haut gewinnt allmählich wieder ihre normale Beschaffenheit. Eine geeignete Nachbehandlung ist notwendig, um Rezidive zu verhüten. Im ganzen wurden in 10 Fällen gute Erfolge erzielt.

Mohr (Bielefeld).

---

9) Sabourand. Sur la radiothérapie des seignes.
(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 577.)

Verf. ergänzt in diesem Aufsatze seine bereits in den Pasteurschen Annalen (Januar 1904) mitgeteilten sehr günstigen Erfahrungen über die Radiotherapie bei der scherenden Kopfflechte, einer Erkrankung, welche bekanntlich in Paris sehr häufig, bei uns in Deutschland fast gar nicht vorkommt. Er appliziert etwa 4 1/2 bis 5 H, worauf nach ungefähr 15 Tagen eine vollständige Depilation eintritt. Die Resultate sind nach der großen Erfahrung des Verf.s so günstig, daß die Radiotherapie jede andere Behandlung verdrängt hat.

Klingmüller (Breslau).

---

10) H. Kirchner. Über die kosmetischen Vorzüge der Heilung von Lidkrebsen durch Radiumstrahlen und die Methode der Behandlung.
(Ophthalmologische Klinik 1905. Nr. 10.)

Operative Entfernung von Lidkrebsen mit Plastik gibt meist schlechte kosmetische Resultate, Behandlung mit Röntgenstrahlen hat häufig unheilvolle Folgen. Verf. empfiehlt daher Versuche mit Radiumbromid, welche ihm ausgezeichnete kosmetische Resultate ohne jede Gefährdung der Umgebung lieferten. Einen großen Teil bisher beschriebener Mißerfolge möchte er damit erklären, daß man die Radiumstrahlen zu lange einwirken ließ und dadurch auch die Zellen des Grundgewebes schädigte, welche nun der Zellen der Neubildung nicht mehr Herr werden konnten.

Man soll die geringste Dosis feststellen, welche die pathologischen Gewebe verschwinden läßt. Verf. hat das eine Milligramm Radiumbromid, welches er benutzt, in eine besonders kleine Messingkapsel fassen lassen, so daß er nun genau lokalisieren, und was bei Lidkrebs besonders wichtig ist, das Lid von beiden Seiten bestrahlen kann. Er bestrahlt nur 15—20 Minuten, in Zwischenräumen von 2—3 Tagen, jedesmal eine neue Stelle, event. nach ca. 3 Wochen noch einmal. Bei auswärtigen Patienten kann man auch an einem Tage eine ganze Reihe Bestrahlungen vornehmen. Die Stärke der Wirkung seines Präparates soll jeder Besitzer an der eigenen Haut ausprobieren.

Renner (Dresden).

---

11) L. Brieger und **A. Mayer.** Licht als Heilmittel. Moderne ärztliche Bibliothek Hft. 10. 36 S. gr. 8.
Berlin, **L. Simion Nachf.**, 1905. ℳ 1.—.

Die Verff. schildern hauptsächlich die therapeutische Anwendung des Lichtes in übersichtlicher und klarer Darstellung: I. Natürliche Lichtbäder (Sonnenlicht, diffuses Licht); II. Das elektrische Glühlicht als Heilmittel; III. Das elektrische Bogenlicht in der Therapie (die Wirkung der chemischen Strahlen des Lichtes), a. nicht konzentriertes Bogenlicht, b. stark konzentriertes Licht; IV. Chromotherapie; V. Radiotherapie.

Die kleine Schrift enthält natürlich nur die Grundzüge der Lichttherapie und ist deshalb zur Einführung sehr geeignet.

Klingmüller (Breslau).

12) **G. Fichera.** Sulla ipertrofia della ghiondola pituitaria consecutiva alla castrazione.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Nr. 6 u. 7.)

Bei kastrierten (männlichen wie weiblichen) Tieren tritt eine Vergrößerung der Hypophysis auf; dieselbe ist histologisch durch eine wahre Hypertrophie ihres drüsigen Anteils und Vermehrung der eosinophilen Zellen gekennzeichnet. Sie tritt sehr rasch nach der Kastration auf und wird andererseits durch Injektion von Hodensaft sehr rasch zur Rückbildung gebracht. Da auch bei Schwangerschaft Veränderungen der Hypophysis beobachtet werden, und bei der Akromegalie, bei welcher sie häufig vergrößert ist, Veränderungen der Genitalien und ihrer Funktion nicht selten sind, so glaubt F., daß bestimmte Beziehungen zwischen der Hypophysis und den Genitaldrüsen bestehen müssen, welche durch die innere Sekretion vermittelt werden.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

13) **Partsch.** Die Zähne als Eingangspforte der Tuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 39.)

Der Eintritt der Tuberkelbazillen durch die Zähne in den Organismus ist durch verschiedene Momente sehr erschwert. Die Zahl der bisher veröffentlichten Fälle, in welchem der Eintritt auf diesem Wege erfolgt sein soll, ist nicht sehr groß; außerdem ist bei allen diesen nach Verf.s Ansicht die Möglichkeit der Infektion auf anderem Wege nicht auszuschließen, zum Teil sogar sehr wahrscheinlich. Ein vom Verf. ansführlich mitgeteilter Fall, in welchem jede andere Möglichkeit ausgeschlossen ist, und welcher vom Beginn an sehr sorgfältig beobachtet werden konnte, ist daher von besonderer und grundlegender Bedeutung.

Renner (Dresden).

14) **Partsch.** Die Kinnfistel.

(Korrespondenzblatt für Zahnärzte Bd. XXXIV. Hft. 1.)

Die Mehrzahl der Kinnfisteln hat ihren Grund im Zerfall der Pulpa eines oder mehrerer Zähne, die äußerlich scheinbar unversehrt sein können. Die Nekrose der Pulpa erklärt Verf. durch Blutungen, wie sie besonders bei den unteren Schneidezähnen leicht durch Traumen zustande kommen. Der Zutritt von Bakterien zur Pulpa läßt sich leichter durch feinste Sprünge in Schmelz und Dentin, als auf hämatogenem Wege erklären. Die oft vorkommende Erfolglosigkeit längerer chirurgischer Behandlung der Kinnfisteln ist dadurch bedingt, daß die äußerlich anscheinend unversehrten Zähne für gesund gehalten werden. Sachgemäße zahnärztliche Behandlung der Zähne

bringt die Fistel meist ohne weiteres zur Heilung. Mitteilung von 13 einschlägigen Krankengeschichten. **Renner** (Dresden).

---

15) **T. Stoker.** On operation for closure of cleft palate in infants.

(Brit. med. journ. 1905. June 24.)

Verf. empfiehlt auf Grund dreier von ihm operierter Fälle von Gaumenspalten die von Brophy (Chicago) eingeführte Methode, bald nach der Geburt durch eine besondere Nahtführung die beiden Oberkieferhälften nebst hartem Gaumen einander zu nähern, wenn möglich bis zur Berührung der angefrischten Ränder des Spaltes. Ist das Kind über 3 Monate alt, so wird der Erfolg ausbleiben wegen der vorgeschrittenen Ossifikation. Je jünger das Kind, desto geringer der Chok des noch nicht entwickelten Nervensystems, desto größer die plastische Biegsamkeit der Knochen, desto besser die Anpassung von Knochen, Zähnen und Weichteilen an die veränderten Verhältnisse, desto geringer die Gefahr einer fehlerhaften Sprache. Die Methode selbst besteht in folgendem: gründliche Anfrischung der Spaltränder, Durchführung eines Seidenfadens mit starker Nadel ganz hinten durch den Oberkiefer oberhalb des harten Gaumens bis zum Spalt, desgleichen Durchführung des anderen Fadenendes von der anderen Seite her, knüpfen beider Enden im Spalt und Ersatz des Seidenfadens mit seiner Hilfe durch Silberdraht. In gleicher Weise wird ein zweiter Silberdraht mehr nach vorn durch die beiden Oberkieferhälften geführt. Die Drähte werden jederseits durch kleine Bleiplatten, die der bukkalen Oberfläche des Kiefers angepaßt sind, geführt, stark angezogen bis zur Vereinigung der Spaltränder, und beiderseits das Ende des vorderen mit dem Ende des hinteren Drahtes über den Platten vereinigt. Zum Schluß werden Vorder- und Zwischenkiefer beweglich gemacht, angefrischt und zwischen die Oberkieferhälften zurückgebracht. Die Drähte bleiben ohne Schaden mehrere Wochen liegen. Die Erfolge waren gut.

W. Weber (Dresden).

---

16) **E. Hess.** Über die Lage der Abbiegungspunkte an der Wirbelsäule bei Seitwärtsbiegung des Rumpfes nach Beobachtungen an 884 Fällen von Skoliosen und runden Rücken. 30. Mitteilung aus dem orthopädischen Institut von Dr. A. Lüning und Dr. W. Schulthess, Privatdozenten in Zürich.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Schulthess hat bei der Untersuchung seiner Skoliosenfälle stets auch darauf geachtet, die Abbiegungspunkte der Wirbel bei Bewegungen des Rumpfes nach der Seite hin festzustellen. Es erschien nicht unwahrscheinlich, daß dieselben Punkte auch bei der Erhöhung des Längsdruckes am ehesten seitlich ausweichen. In vorliegender Arbeit

ist das Material in erschöpfender Weise mit Hilfe von Kurven usw. dargestellt. Wir können hier das Wesentliche der Schlußfolgerungen anführen:

1) Die Abbiegungspunkte konzentrieren sich beiderseits in der Lendenwirbelsäule.

2) Die Brustwirbelsäule weist in ihrer unteren und mittleren Region meist nur eine spärliche Frequenz auf, wobei die Zahl der rechtskonvexen Abbiegungspunkte die der linkskonvexen überwiegt.

3) Die linkskonvexe Ausbiegung in der Lendenwirbelsäule zeigt typische Punkte, die rechtskonvexe nicht, da der flachere Verlauf ihrer Kurve die linkerseits vorhandenen Knickungen vermissen läßt.

4) Bei der Abbiegung der Rumpfes nach links (rechtskonvexen Ausbiegung) entstehen Abbiegungspunkte oft auch sekundärer Natur am 5. Lendenwirbel.

Verf. ist außerdem der Meinung, daß in der etwas höheren und typischeren Lage der linkskonvexen Abbiegungspunkte, wie in der etwas weniger typischen Anordnung der rechtskonvexen unbedingt ein gesetzmäßiges Verhalten zu erkennen ist, das als physiologisch betrachtet werden darf. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

17) **Codmann** and **Chase.** The diagnosis and treatment of the carpal scaphoid and dislocation of the semilunar bone.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

Die Arbeit setzt jene fort, über welche in Nr. 21 d. J. in dieser Zeitschrift berichtet wurde. Während in der ersten Hälfte von dem Bruch des Kahnbeins die Rede vor, wird hier die Verrenkung des Os lunatum mit und ohne Bruch des Kahnbeins besprochen. Nach Leichenversuchen erklärt C. das Zustandekommen der Verrenkung des Os lunatum folgendermaßen. Das Handgelenk kann bis 90° gebeugt werden, und zwar steht die proximale Handwurzelknochenreihe dann im Winkel von 45° zu den Vorderarmknochen und die distale Reihe wieder im Winkel von 45° zur proximalen. Dasselbe gilt für die Streckung des Handgelenks. Bei forcierter weiterer Streckung reißt das Band, welches am hinteren Horn des Os lunatum ansetzt, und dieser Knochen gleitet jetzt nach vorn (distal), während das Os multangulum nach hinten, dem Radius zu schlüpft. Die Symptome bestehen in heftigem Schmerz und großer Beschränkung der Beweglichkeit des Handgelenks; ein dorsaler Vorsprung, welcher der Hand eine Gabelgestalt gibt, rührt vom verschobenen Os multangulum her. Ist Krepitation zu fühlen, so kann man auf einen Bruch des Kahnbeins schließen. Die Diagnose ist, ebenso wie die der Verletzung der übrigen Handwurzelknochen, schwer und ohne Röntgendurchleuchtung kaum zu stellen. Die Behandlung besteht bei Dislokation des Os semilunare ohne Fraktur des Kahnbeins in dem Versuche der unblutigen Reposition, wenn dieses fehlschlägt in der blutigen Reposition, und erst wenn diese nicht gelingt, in der Exstirpation. Ist die Verrenkung durch

einen Bruch des Kahnbeins kompliziert, so wird die Reposition versucht und die Hand einige Wochen geschont; wenn die Reposition nicht gelingt, so werden beide Bruchstücke des Kahnbeins exstirpiert und die Reduktion des Mondbeins versucht. Eine große Anzahl Krankengeschichten und Röntgenbilder sind der sorgfältigen Arbeit angefügt.

Herhold (Altona).

---

18) **H. Spitzy.** Aus den Grenzgebieten der Chirurgie und Neurologie. Die Obturatorius-Cruralisplastik.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Verf., der durch Tierversuche am Hunde nachweisen konnte, daß ein leitungsunfähig gewordener Nerv durch Einschaltung und Angliederung an ein anderes, unversehrtes Leitungsnetz wieder funktionsfähig gemacht werden kann, hat schon in früheren Mitteilungen die Möglichkeit, die Aussichten, die Ausführbarkeit, die Indikationen und die Erfolge der »Neurotisation« am Menschen erörtert. Er hat nun begonnen, die verschiedenen, am Tier ausgeführten Bindungen auch beim Menschen durch Leichenversuche auf ihre technische Durchführbarkeit zu prüfen. In der vorliegenden Arbeit berichtet er nach genauer topographischer Orientierung über den Verlauf der in Betracht kommenden Nerven über den Versuch, eine Operationsmethode auszuarbeiten für Neurotisierung des N. cruralis vom N. obturatorius her bei Streckerlähmung an den unteren Extremitäten. Verwandt wird zur Plastik der oberflächliche Ast des N. obturatorius. Die Art der Plastik ist die einer zentralen Implantation: Das zentrale Ende des bahngebenden Obturatorius wird in den gelähmten Cruralis eingepfropft.

Ermuntert durch seine Versuche hat sich Verf. auch entschlossen, die Operation bei Kindern mit poliomyelitischer Lähmung des Quadriceps vorzunehmen. Der Gang der Operation und die Technik der Implantation werden des näheren beschrieben.

J. Riedinger (Würzburg).

---

19) **G. A. Wollenberg.** Beitrag zur Technik der Sehnenplastik.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Bei der Extensorenverkürzung zur Beseitigung der Equinusstellung des Fußes überbrücken die Extensoren die Konkavität des Fußrückens wie ein straff gespanntes Seil. Es ist meist unmöglich, die Fascie über dem straffen Extensorenbündel zu vernähen. Um die Haut nicht einfach über den gespannten Sehnen vernähen zu müssen, wendet Verf. eine Fascienplastik an. Er bildet aus der Fascia cruris zwei seitliche Lappen mit oberer Brücke, zieht dieselben quer über die Sehnen und vernäht sie miteinander. Noch praktischer gestaltet sich die Ausführung, wenn man etwas längere Fascienlappen über den gespannten Sehnen kreuzt und die freien Enden je mit dem gegenüberliegenden Rande der Fascia cruris vernäht. Auf diese Weise entstehen künst-

liche Vincula tendinum oder Ligamenta cruciata. Bedingung für das Gelingen der Operation ist das Vorhandensein einer kräftigen, widerstandsfähigen Fascie und genügende Haltbarkeit der Sehnennaht.

J. Riedinger (Würzburg).

---

20) **H. Duclaux.** L'ostéomyelite de la hanche; formes cliniques.

Thèse de Paris 1905.

Verf. unterscheidet klinisch zwei Formen von Osteomyelitis der Hüfte, die der Säuglinge und die später im Säuglingsalter auftretende. Erstere spielt sich im Gelenk ab, das schnell vereitert; sie ist zwar stürmisch und schwer in ihrem Verlauf, läuft aber nach der Operation schnell ab, meist ohne spätere Schädigungen zurückzulassen. Umgekehrt tritt die Spätform, welche mehr peripher im Kopf und Hals sitzt, weniger heftig und akut auf, hat dafür aber mehr Neigung zu Fistelbildung und Neigung zu pathologischen Verrenkungen, Frakturen usw.

Coste (Straßburg i. E.).

---

21) **H. Turner** (St. Petersburg). Einige Ergänzungen zur Technik der Sehnentransplantationen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Bei der Transplantation der Kniebeuger auf die Streckseite erweisen sich die Beuger oft als zu kurz. T. begegnet dieser Schwierigkeit dadurch, daß er von der Tuberositas tibiae oder von der Kniescheibe Periost ablöst, nach oben umschlägt und mit der herangezogenen Sehne vereinigt. T. war mit den praktischen Erfolgen zufrieden.

J. Riedinger (Würzburg).

---

22) **A. Wittek.** Erklärungsversuch der Entstehung der supramalleolären Längsfraktur der Fibula.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 507.)

Nachdem Verf. erkannt hatte, daß die supramalleoläre Längsfraktur der Tibia nicht ausschließlich als Supinationsfraktur, wie Bering angenommen hatte, sondern bei allen möglichen Frakturmechanismen vorkommt, suchte er nach einer anderen Erklärung und fand sie in den Struktureigentümlichkeiten des unteren Fibulaendes. Auf einem durch die Crista anterior gelegten Sagittalschnitt erkennt man nämlich, daß die Fibula an ihrer Hinterseite viel schwächer ist als an der vorderen. Die Fraktur beginnt stets 4—5 Querfinger breit oberhalb der Spitze des Malleolus externus an einer Stelle, wo die Corticalis der Hinterseite der Fibula am stärksten verdünnt ist. Sie verläuft dann schief nach vorn absteigend entsprechend der starken Corticalis der Crista anterior.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

23) **Blencke.** Ein kleiner Beitrag zur Etappenbehandlung des Klumpfußes mit Gipsverbänden.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

B. erinnert daran, daß der Magdeburger Arzt Dr. Blick schon vor etwa 50 Jahren den Klumpfuß mit redressierenden Gipsverbänden zu behandeln verstand. Das Verfahren desselben gleicht dem späteren Wolff'schen fast vollkommen. Von Blick erschien aber nur eine kleine Mitteilung im Jahre 1870 in der Berliner klin. Wochenschrift; er wurde deshalb vergessen.

J. Riedinger (Würzburg).

24) **A. Saxl.** Der transitorische paralytische Klumpfuß nebst Bemerkungen zur Therapie des paralytischen Klumpfußes.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Als transitorische Klumpfüße bezeichnet Verf. diejenigen paralytischen Klumpfüße, bei welchen die Deformität nur in belasteter Stellung zum Vorschein kommt. In unbelastetem Zustande steht der Fuß in Spitzfußstellung, wobei auch die Fußwölbung verstärkt ist. Man findet die Wadenmuskulatur und die Mm. peronaei gut erhalten; dagegen ist der Tibialis anticus ganz oder teilweise gelähmt, der Extensor digit. communis und der Extensor hallucis können paretisch sein. Der Mechanismus der Lähmung wird näher beschrieben. Auch die Therapie wird besprochen. Ist der Klumpfuß schon vorhanden, so ist er zunächst dem modellierenden Redressement nach Lorenz zu unterziehen. Erst nach einigen Wochen wird transplantiert.

J. Riedinger (Würzburg).

25) **Muskat.** Heftpflasterverbände zur Behandlung des statischen Plattfußes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 29.)

Die Technik des Verbandes ist eine sehr einfache; die Behandlung ist ambulant, die Erfolge sollen sehr gute sein.

Borchard (Posen).

26) **R. Giani** (Turin). Die Funktion des M. tibialis anticus in Beziehung zur Pathogenese des statisch-mechanischen Plattfußes.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Bei einem 4 Jahr alten Knaben konnte infolge einer Verletzung der Ausfall der Funktion des Tibialis anticus beobachtet werden. Als Folge der Verletzung war eine reine Spitzfußstellung aufgetreten, die durch Sehnenoperationen beseitigt wurde, nämlich durch Transplantation des zentralen Stumpfes des eigentlichen Streckers der großen Zehe auf die Sehne des Tibialis anticus, Verpflanzung der Sehne des Streckers der großen Zehe auf den gemeinsamen Strecker der Zehen, Umstülpung des gemeinsamen Streckers der Zehen, schließlich Verlängerung der Achillessehne.

Verf. hat nun eine große Reihe von Versuchen mittels des faradischen Stromes an Lebenden angestellt, um zu prüfen, ob dem Tibialis anticus außer der Wirkung der Plantarflexion auch die Wirkung der Adduktion, die in dem erwähnten Falle fehlte, zukommt.

In 53,16% der Fälle war die Adduktionsfähigkeit stark ausgebildet, in 39,83% der Fälle war sie leicht oder kaum ausgedrückt und in 7% der Fälle fehlte sie vollständig. Das Fehlen der Adduktionsfähigkeit des Tibialis anticus ist nicht an das Vorhandensein eines Plattfußes gebunden. Verf. ist eher geneigt zu glauben, daß die in manchen Fällen nachweisbare leichte Deformität des Fußes der fehlenden oder abnorm verminderten Adduktionsfunktion zugeschrieben werden muß. Ferner gelang es trotz der 300 untersuchten Fälle niemals, festzustellen, daß die Form des Fußes da verändert war, wo das Adduktionsvermögen des Muskels vorhanden war, während oft da, wo das Fehlen einer solchen Funktion nur monolateral war, auch die fehlerhafte Form des Fußes monolateral-isolateral war. Verf. sieht deshalb in dem Fehlen der Adduktionstätigkeit des M. tibialis anticus eine Prädisposition für den Plattfuß, der weiterhin auf statisch-mechanischem Wege sich ausbildet.

J. Riedinger (Würzburg).

---

27) **Gelinsky.** Das frei artikulierende Os Vesalianum tarsi duplex im Röntgenbilde.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 6.)

Auf dem Holzschnittdrucke zweier Fußskelette von Andreas Vesal aus dem Jahr 1568 sieht man in dem Winkel zwischen der Basis des Metatarsus V und Cuboid ein kleines Knöchelchen liegen. Dieses letztere findet sich jedenfalls sehr selten, kommt aber in der Tat vor. So veröffentllichte Spronk 1887 ein rechtsseitiges selbständiges Os Vesalianum bei einem neugeborenen weiblichen Individuum mit Polydaktylie an beiden Händen und Füßen. Das Os Vesalianum ist nicht zu verwechseln mit dem an derselben Stelle liegenden Sesambein in der Endsehne des M. peroneus longus, sondern steht in ausgesprochener Beziehung zum Os metatarsale V, indem es die ihm fehlende Tuberositas bildet. Verf. konnte ein solches durch das Röntgenbild bei einem 15jährigen Bäckerlehrling nachweisen. Es ist das der dritte in der Literatur veröffentlichte Fall. Auf Grund des Röntgenbefundes glaubt G. mit Gruber und Pfitzner, daß die Tuberositas ossis metatarsi V ein selbständiges artikulierendes Tarsale in früheren Epochen gewesen ist. In der Deutung von Röntgenbildern Unerfahrene dürften leicht, besonders bei Vorhandensein von Schmerzen, einen solchen Befund für krankhaft halten.

Gaugele (Zwickau).

---

28) **Kirchner.** Der zwanglose Gang (Wanderschritt) und die beim Gehen entstehenden Mittelfußknochenbrüche.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1905. Hft. 8.)

Beim zwanglosen Gange schwingt das Hangbein in gebeugter Stellung am Standbein vorbei und bewegt sich weiter vorwärts bis

zur völligen Streckung im Kniegelenk, dann folgt wieder eine leichte Beugung im Kniegelenk und in dieser Stellung wird das Bein aufgesetzt, und zwar zunächst mit der Ferse, dann mit der ganzen Fußsohle. Die durch den Gesamtschwerpunkt verlaufende Schwerlinie des Körpers fällt sehr nahe dem inneren Fußrande in die Unterstützungsfläche des jeweiligen Standbeines. Die Hauptkörperlast ruht daher zunächst auf den starken Metatarsus I und den an ihn schließenden Mittelfußknochen. Gerät nun die Fußsohle auf eine geringe Bodenerhebung, so fällt das Körpergewicht nicht sofort auf den I. Metatarsalknochen, sondern die Last drückt jetzt auf den II. und III. Mittelfußknochen, welche diesem Druck nicht gewachsen sind, namentlich bei feldmarschmäßiger Belastung des Körpers. Die Folge ist dann der Einbruch dieser Knochen. Die Unterschenkelmuskeln, namentlich die Beuger, haben nun das Bestreben, durch verstärkte Kontraktion diese Knochen (II und III) zu schützen; sind die Muskeln jedoch durch einen langen Marsch ermüdet, so bleibt dieser Schutz aus. Nach Verf. erfolgt der Mittelfußbruch in dem Zeitraum eines Doppelschrittes, in welchem der Fuß mit der ganzen Fußsohle aufgesetzt ist.

Herhold (Altona).

---

29) **J. Fränkel.** Über den Fuß der Chinesin.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Die Bilder, die Verf. auf dem Röntgenkongreß demonstrierte, stammen von einem 10 Jahr alten Mädchen, einer 24 Jahr alten und einer 32 Jahr alten Frau aus China. Die Bandagierung der Füße hatte im 5. Lebensjahre begonnen. Da die Röntgenaufnahmen bei bekleidetem Fuß gemacht wurden, so kann aus denselben mit Deutlichkeit ersehen werden, wie der verkrüppelte Fuß beim Gehen und Stehen benützt wird. Nach erklärenden Betrachtungen über die Schuhform und die Art des Bandagierens der Füße schildert Verf. die Veränderungen an den einzelnen Knochen und ihre speziellen Lagebeziehungen, wie sie von den Röntgenbildern abzulesen sind. In manchen Punkten stimmt F. mit früheren Beobachtern nicht überein. So führt er aus, daß sich der Fuß der Chinesin mehr mit dem Hackenfuß als mit dem Spitzfuß vergleichen läßt. Die Veränderungen sind teils primärer, teils sekundärer Natur.

J. Riedinger (Würzburg).

---

30) **Carlier.** Les varices dans l'armée et leur traitement chirurgical.

(Arch. méd. et de pharm. militaires 1905. Juin et Juillet.)

C. hat ausgerechnet, daß der französischen Armee jährlich etwa 3000 Mann durch Varicen verloren gehen; er redet deswegen der chirurgischen Behandlung sehr energisch das Wort. Hervorgerufen wird die Krankkeit durch mechanische Ursachen und durch eine bestehende Nachgiebigkeit der Wand. Zu den mechanischen Ursachen gehört nicht nur langes Stehen bei schwerer Arbeit, sondern auch

langdauernde Märsche, welche eine Ermüdung der Muskeln bedingen und dadurch infolge mangelnder Kontraktionen den Rückfluß des Blutes nicht genügend befördern, können sie hervorrufen. Eine Verschlimmerung geringfügiger Varicen durch den militärischen Dienst nimmt C. daher unbedingt an. Die Hauptsache bei der Entstehung der Varicen ist aber die Prädisposition des Individuums, sei es eine hereditäre, sei es eine durch Intoxikationen (Typhus, Blei, Alkoholismus usw.) erworbene. Der die Venenwand schädigende Prozeß besteht in einer sklerosierenden Entzündung der Media.

Um eine Indikation für die Operation zu finden, soll man drei Gruppen unterscheiden, a) les varices non génantes b) varices génantes, c) varices compliquées (durch Geschwüre, Ödeme, Ekzeme). Während die erste Gruppe orthopädisch mit Wicklungen, Massage usw. behandelt werden soll, erfordern die letzten beiden Gruppen die dreifache Trendelenburg'sche Unterbindung der Saphena mit Resektion: an der Einmündungsstelle, an der Grenze des mittleren und oberen und an der Grenze des mittleren und unteren Drittels. In schweren Fällen, in denen große Pakete von Varicen vorhanden sind, ist deren Exstirpation notwendig. Kontraindikationen gegen die Operationen geben: Lähmungen, embolische oder syphilitische Hemiplegien, Marasmus, Anwesenheit von Zucker im Urin. Von 43 durch C. operierten Leuten waren 32 Militärs; alle bis auf einen wurden wieder dienstfähig. Die restierenden kleinen Narben hinderten im Dienste nicht im geringsten. Die 43 operierten Fälle werden kurz beschrieben. **Herhold** (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

Schußverletzung des Herzens. Naht. Extraktion der Kugel aus der hinteren Wand. Heilung.

Von

Prof. v. **Manteuffel** in Dorpat.

Frl. E. B., 21 Jahre alt, erhielt am 12. September 1903, $2^3/_4$ Uhr nachmittags, aus angesetztem 5 mm-Revolver bei entblößter Brust einen Schuß in den 4. linken Interkostalraum. Sie fiel in Ohnmacht, wachte ab und zu auf, erbrach, erhob sich schließlich um $4^1/_2$ Uhr und schellte nach der Bedienung. Diese brachte eine befreundete barmherzige Schwester herbei, die Kampfer injizierte. Erst um 6 Uhr 20 Minuten wurde ich gerufen. Ich fand die Pat. blaß, cyanotisch, Puls 88, kaum zu fühlen. Im Erbrochenen kein Blut, Pleuren frei. Einschuß dicht am Sternalrande, Herzdämpfung nicht vergrößert. Pat. kollabiert mehrfach noch während der Untersuchung, die mit Unterbrechungen und häufigen Kampferinjektionen ausgeführt wird. Ich glaubte, Pat. würde die Verletzung nicht lange überleben. Als aber erneute Kampferspritzen (4) den inzwischen völlig verschwundenen Puls zum Vorscheine brachten, und Pat., die schon reaktionslos mit weiten Pupillen dalag, wieder zum Leben erwachte, wagte ich nach weiteren vier Kampferspritzen den Transport in die Klinik. Hier ging es ihr so gut, daß ich schon glaubte, der Schuß sei doch nicht durch die Brustwand gegangen. Erst der Nachweis der Vergrößerung der relativen Herzdämpfung, abgeschwächte Herztöne und erneuter

Kollaps ließen mich nicht im Zweifel, daß die Füllung des Perikards mit Blut das Leben bedrohte.

12. September 1903, 12 Uhr nachts (9 Stunden nach dem Schuß), zwei Spritzen Kampfer, dann Äthernarkose. Hautschnitt längs dem linken Sternalrande beginnt in der Höhe der 3. Rippe und endigt an der 8., geht durch den Einschuß; 4. und 5. Rippenknorpel reseziert, 2 cm breiter Streifen vom Sternum entfernt. Dem Schußkanal folgend wird der Musc. triangularis durchtrennt, Arteria und Vena mammaria beiseite geschoben. Aus einer Perikardialwunde blutet es bei jeder Exspiration. Resektion auch des 6. und 7. Rippenknorpels. Umschlagsfalte der Pleura wird beiseite geschoben. Jetzt liegt der mit Blut gefüllte Herzbeutel vor. Auf eingeführter Hohlsonde wird er gespalten, das z. T. geronnene Blut entfernt. Danach zeigt sich 6 cm von der Spitze auf dem rechten Ventrikel der Einschuß, aus dem diastolisch eine Blutfontaine von $^1/_2$ m Höhe spritzt. Sofort wird der Einschuß durch eine Seidennaht geschlossen. Die Blutung steht. Wo war aber die Kugel? Das Herz wird respektvoll etwas erhoben — Perikard heil. Aber an der hinteren Wand ist die Kugel durchzufühlen; sie liegt 1 cm von der Coronaria in der hinteren Wand des rechten Ventrikels. Das Herz wird nach oben gehalten, zwei Fixationsnähte dienen als Handhaben; und nun schnitt ich auf die Kugel ein. Bei der Extraktion mit Hakenpinzette wäre sie mir fast in den Ventrikel geglitten. Ein Druck mit Zeigefinger und Daumen der linken Hand veranlaßte sie auszutreten und ins Perikard zu fallen. Naht dieser Wunde, die unter Digitalkompression nur wenig geblutet hatte. Auch die Fixationsnähte an den Enden des Schnittes werden geknüpft. Schluß der Perikardwunde mit vier Knopfnähten. Die Hautwunde im unteren Teile geschlossen, oben Gazedrainage. Sofort nach Entleerung des Blutes aus dem Perikard war der Puls vortrefflich, die Narkose ohne Störung, Cyanose verschwunden.

Verlauf. Anfangs glatt, dann stellte sich seröse Perikarditis ein, die die Entfernung einer Naht notwendig machte. Es ergoß sich recht viel reine seröse Flüssigkeit. Temperatur bis 38, Puls 130. Vom 23. September ab entleert sich keine Flüssigkeit. Die Wunde heilt glatt, II. intentione. Die ganze Zeit Geräusche am Herzen, die allmählich schwächer werden und vom 29. ab verschwinden. Am 2. Oktober steht Pat. auf, am 25. Oktober Wunde geschlossen. Zur Beobachtung noch bis zum 15. Februar 1904 in der Klinik behalten. Dann in die Heimat entlassen.

Ähnliche Verletzungen finden sich eine Anzahl in der Literatur. Operativ angefaßt wurden nur wenige. Podress machte bloß Perikardiotomie mit Erfolg. Marion führte die Naht aus (vor der Laparotomie wegen Erbrechen), aber Pat. starb. Happel machte Thorakotomie, Pat. starb. Stern verlor die Orientierung, und auch sein Pat. erlag der Verletzung.

Stoll nähte den Einschuß im linken Ventrikel mit Erfolg, Pleura verletzt. Kein Ausschuß? Im Röntgenbilde findet sich das Projektil im Pleuraraume. Stoll nimmt an, daß die Kugel zum Einschuß hinausgeschleudert wurde (?). Also mit Naht sind bisher drei Fälle von Schußverletzung des Herzens behandelt; unserer wäre der dritte. Davon ist der von Marion gestorben, die beiden anderen leben.

Ich halte den Längschnitt und ausgiebige Resektion für besser als Lappenschnitte. Namentlich bei unverletzter Pleura dürfen wir (vgl. Woinitsch, Sjanoshenski) kaum einen anderen Schnitt wählen. Ferner ist das Perikard jedenfalls zu nähen, da sonst stets Verwachsungen drohen.

Eine Extraktion eines Fremdkörpers aus dem Herzen nach operativer Freilegung und somit Eröffnung des Ventrikels ist meines Wissens früher nicht ausgeführt, und wäre somit der oben geschilderte Fall der erste. Die wesentliche Indikation zum Eingriff gibt sicher nicht das Projektil, sondern die »Herzbeuteltamponade« mit Blut (Morgagni-Rose). Der Fremdkörper ist aber natürlich zu entfernen, wo er ohne Gefahr zu erreichen ist. Und das war hier der Fall. Die Naht des Herzens ist sicher und erprobt; also konnte ich es wagen, die Wunde zu setzen und die Kugel zu extrahieren.

31) **Neurath.** Sekundäre Wachstumsstörungen nach chronischem Gelenkrheumatismus im Kindesalter.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 6.)

Verf. schildert zunächst einen Fall von akut einsetzender, allmählich fast alle Extremitätengelenke (auch die Fingergelenke) und ein oder mehrere Vertebralgelenke betreffende Gelenkserkrankung, die mit Schmerzhaftigkeit, Deformation und Funktionshemmung einhergeht und einen chronisch rezidivierenden und progressiven Verlauf nimmt. Das klinische Bild und der Verlauf der Erkrankung deckt sich vollkommen mit dem bei Erwachsenen häufigeren, im Kindesalter relativ selteneren Typus der chronischen Polyarthritis. Die unteren Extremitäten werden meist zuerst befallen; die Lokalisation in den Wirbelgelenken der Halswirbelsäule scheint besonders ein Charakteristikum der Krankheit im Kindesalter zu sein (Ref. kann dieses Symptom durch den Befund zweier derartiger Fälle bestätigen). Starke Muskelatrophie begleitet die Gelenkserkrankung und läßt die Schwellung der einzelnen Gelenke um so deutlicher hervortreten. Die Knochenveränderungen werden am genauesten durch das Röntgenogramm erkannt: eine für das Alter verhältnismäßig sehr vorgeschrittene Ossifikation, hinter den Normalmaßen des Alters zurückbleibende Knochendimensionen, eine Herabsetzung der Intensität des Knochenschattens und eine schärfere Zeichnung der Knochenstruktur, im großen ganzen das Bild der Knochenatrophie. Ankylosen werden meist durch Bindegewebssynechien vorgetäuscht. Die Atrophie der Muskeln und Knochen dürfte wohl reflektorischer Natur sein, welche Auffassung besonders Schuchardt unter Hinweis auf die Versuche Vallat's vertritt, der schon 24 Stunden nach Erzeugung einer artefiziellen Arthritis beim Tier eine deutliche (quantitative) Atrophie der benachbarten Muskeln fand. **Gaugele** (Zwickau).

32) **Katholicky** (Brünn). Ein Fall von Paget's Krankheit.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 2. Juni 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 24.)

Die eigentliche Paget'sche Krankheit, Osteomalacia chronica deformans hypertrophica, pflegt mehrere Skelettknochen zu betreffen. Im K.'schen Falle war nur die eine Tibia der 60 Jahr alten Pat. (seit 10 Jahren) betroffen. Es bestand eine Krümmung derselben, derart, daß die fast normale Fibula die Sehne zu diesem Bogen darstellte. Tibia daneben verdickt, beim Stehen und Gehen Schmerzen verursachend. Von normalem Knochen ist an der Tibia nichts mehr vorhanden, dagegen hat allenthalben ein ganz eigenartiger Prozeß stattgefunden, der sich in einer netz- und balkenartigen, wabigen, spongiaartigen, kalkarmen Struktur manifestiert. Neben dieser, die Hauptmasse der Tibia bildenden, wahrscheinlich osteoiden Substanz, die mehr quergelagerte Architektur zeigt, sieht man an den peripheren Anteilen an der Konvexität eine langgestreifte Struktur. Lues lag sicher nicht zugrunde.

Der von Schmieden aus der Bonner Klinik beschriebene Fall deckt sich vollkommen mit dem vorliegenden. **Hübener** (Dresden).

33) **Sonnenberg.** Beiträge zur Kenntnis der Ostitis deformans. (Paget's Krankheit der Knochen.)

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 6.)

Verf. berichtet über drei Fälle dieser ätiologisch gänzlich unaufgeklärten Krankheit des Skelettes, welche alle typische Bilder boten, indem zuerst die Tibien ergriffen wurden und nur langsam anschließend auch weitere Knochen. Es handelte sich um eine 61jährige Frau, einen 47jährigen Mann und ein 16 Jahre altes Mädchen. Die Röntgenbilder zeigen neben Verdickungen und starken Verkrümmungen der Knochen vor allem einen teilweisen Schwund der Knochensubstanz: »die einzelnen Knochenbälkchen stehen erheblich weiter auseinander, so daß zwischen ihnen große lichte Stellen sichtbar sind. Die Spongiosa erscheint hier wie

aufgelockert. Dabei weist der Verlauf der einzelnen Knochenbälkchen, welche die auffallend grobmaschige Struktur bedingen, gegenüber der Norm Unregelmäßigkeiten auf«. Die Beckenaufnahme des einen Falles zeigt ein der Kartenherzform des osteomalakischen Beckens ganz ähnliches Bild, mit stark nach innen getriebener Pfanne rechts (Folge stärkerer Belastung des rechten Beines). Der 3. Fall — des jungen Mädchens — mahnt zu einer gewissen Vorsicht gegenüber operativen Eingriffen an ostitisch erkrankten Knochen, da sich hier nach Osteotomie zum Ausgleich der hochgradigen Verkrümmung trotz ungestörtem Verlaufe der Wundheilung eine Pseudarthrose entwickelte, der noch 13 Monate nach der Operation jede Neigung zur Callusbildung fehlte. **Gaugele** (Zwickau).

34) **Étienne.** Maladie osseuse de Paget et hérédo-syphilis.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. Nr. 11.)

Verf. stützt die Behauptung Lannelongue's, daß die Paget'sche Knochenerkrankung mit der Hyperostose Heredosyphilitischer identisch sei, durch einen Fall. Ein Kind bekommt mit 3 Jahren eine Keratitis, gleichzeitig starke Deformation der Tibien; über der rechten Tibia befindet sich eine typisch gummöse Ulzeration. Den gleichen Zusammenhang mit Lues zeigen einige andere Fälle, die E. aus der Literatur zusammenstellt. **Klingmüller** (Breslau).

35) **E. F. Cyriax** (London). Erwiderung auf Dr. med. Patrik Haglund's »Kritische Bemerkungen« über »Henrik Kellgren's manuelle Behandlungsmethode«.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

C. sucht die scharfe Kritik Haglund's an seinem Buche über Kellgren's Gymnastikmethode zu entkräftigen (vgl. Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 51). Die Berufung auf größere Erfahrung wird bei uns nicht dazu verleiten, Lymphangitis, Scharlach, Rippenfellentzündung, syphilitische Hirnhautentzündung usw. nach Kellgren mit Gymnastik zu behandeln. **J. Riedinger** (Würzburg).

36) **Dalous** et **Lassere.** Sur le processus histologique des radioépithélites (action des rayons X sur l'épiderme normal et sur les tissus épithéliomateux).

(Ann. de dermat. et de syph. 1905. p. 305.)

Die Ansichten der Verff. gehen dahin, daß die spino-zellulären Epitheliome (Cancroide) durch die Röntgenstrahlen weniger günstig beeinflußt werden als die baso-zellulären (Ulcus rodens). Der in der Arbeit beschriebene Fall betrifft ein oberflächliches Epithelioma vegetans an der linken Wange. Nach neunmaliger erfolgreicher Röntgenbestrahlung wurde das Präparat histologisch untersucht. Die genauere Beschreibung der histologischen Details ist im Originale nachzulesen. Verff. sind der Ansicht, daß die Empfindlichkeit der einzelnen Zellarten den Röntgenstrahlen gegenüber verschieden ist. **Klingmüller** (Breslau).

37) **Bissérié.** Deux cas d'épithélioma de la langue traités par la radiotherapie (Rapp. Hallopeau).

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. ser. Nr. 26.)

38) **Bouchet.** Sur un cas d'épithélioma cutané de la région temporo-frontale, guéri par application des rayons X.

(Ibid. Nr. 27.)

39) **A. Imbert et L. Imbert.** Carcinose prostato-pelvienne diffuse à marche aiguë, guérie par la radiotherapie.

(Ibid. Nr. 29.)

Von den mitgeteilten Heilungen kann die letzte mangels exakter Diagnose nicht ernstlich in Betracht gezogen werden. Auch die von Bouchet mitgeteilte

würde nicht weiter überraschen, da ähnliche Fälle zahlreich veröffentlicht wurden. Doch hat sie den Vorzug, auch durch mikroskopische Untersuchung bestätigt zu sein. Zudem gibt Bouchet sehr genaue Einzelheiten seiner Technik, die leider völlig fehlen bei dem Bericht über die Heilungen von jungen Krebsen mit Leukoplasie durch Bissérié — in drei bis vier Sitzungen! Seit Beendigung der Behandlung waren 2—3 Monate verflossen ohne Rezidiv, was im letzten Falle von Tillaux bestätigt wurde.

Ja, wenn man nur später erführe, was aus der Kranken geworden ist!

Christel (Metz).

40) **Melland.** Leucocythaemia treated by the X-rays, with a record of four cases.

(Brit. med. journ. 1905. July 1.)

Der bisher nur sehr geringen Anzahl von Behandlungen der Leukämie mit Röntgenstrahlen, die in England veröffentlicht worden ist, fügt Verf. vier Fälle seiner eigenen Beobachtung hinzu. In allen vier Fällen trat bei wöchentlich zweimaliger Bestrahlung von Milz oder Kniegelenken und einer Dauer von 20 bzw. $12^1/_2$ Minuten eine sehr auffällige Besserung im Blutbefunde, Zunahme des Hämoglobingehaltes und der Erythrocyten, Abnahme der Leukocyten, besonders der Myelocyten, der großen Lymphocyten, der basophilen und eosinophilen Zellen bei gleichzeitiger prozentualer Vermehrung der polynukleären ein. Die Milzschwellungen verkleinerten sich stark, und das Allgemeinbefinden hob sich sehr. Die genauen Blutbefunde vor, während und nach der Bestrahlung sind im einzelnen angegeben. Im ganzen also bedeutende subjektive und objektive Besserungen, aber keine Heilungen. **W. Weber** (Dresden).

41) **A. R. Manby.** Radium bromide in the treatment of rodent ulcer.

(Brit. med. journ. 1905. July 1.)

Verf. berichtet kurz über recht gute Erfolge bei der Behandlung von Ulcus rodens des Gesichtes in drei Fällen mit einer 5 mg Radiumbromid enthaltenden Glastube. Durch 26 Sitzungen von durchschnittlich 20 Minuten Dauer, bzw. 19 und 7 Sitzungen von 50 Minuten Dauer wurde schnelles Verschwinden der Geschwüre und glatte Überhäutung erreicht. Wegen der kurzen Beobachtungszeit kann von Heilung noch nicht gesprochen werden. **W. Weber** (Dresden).

42) **P. Reclus.** L'analgésie locale par la stovaïne.

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. ser. Nr. 27.)

R., welcher ausgiebigen Gebrauch vom Stovain als lokalem Anästhetikum macht — $^2/_3$ seiner Operationen werden mit seiner Hilfe ausgeführt —, hält es für völlig gleichwertig als Analgetikum, für weniger toxisch, und schreibt ihm vasodilatatorische Wirkung zu, weshalb man bei Operationen am Kopfe die Kranken sitzen lassen könne; er verwendet es in Lösungen von $^1/_2$—2%.

Außer leichter Blässe und etwas Angstgefühl sind auch bei 0,02 des Mittels keine unangenehmen Erscheinungen beobachtet worden.

Pouchet, der zahlreiche Untersuchungen anstellte, konnte zwar nie eine vasodilatatorische, wohl aber eine herztonisierende Wirkung des Mittels erkennen.

Christel (Metz).

43) **Plant and Steele.** Treatment of serous effusions by injection of adrenalin chloride.

(Brit. med. journ. 1905. July 15.)

Auf Grund von sieben Fällen von Ascites und seröser Pleuritis, die Verff. mit Adrenalininjektionen behandelt haben, berichten sie über ihre Erfahrungen. Was die Methode betrifft, so beseitigen sie durch Punktion zunächst so viel Flüssigkeit wie möglich, injizieren dann durch dieselbe Kanüle etwa 4 g einer Lösung des salzsauren Adrenalins von 1 : 1000 in 15 ccm Wasser. Für gewöhnlich steigt die

Temperatur nach der Einspritzung um 1 Grad, die Pulsspannung nimmt anfangs etwas zu. In fast allen Fällen genügten eine bis zwei Injektionen, um die Wiederansammlung von Flüssigkeit zu verhüten. Ein Sektionsbefund und Experimente im Reagenzglas lassen die Wirkung des Adrenalins erklärlich erscheinen durch eine Lymphgerinnung mit folgender feiner, netzartiger, sehr gefäßreicher Adhäsionsbildung, die eine Exsudation verhindert. **W. Weber** (Dresden).

44) **W. Mitchell.** Case of cutaneous anthrax treated without excision with Sclavo's antianthrax serum; recovery.

(Brit. med. journ. 1905.)

Bericht über den dritten Fall einer akuten Milzbrandinfektion, der in England ohne Operation durch Injektion des Serums von Sclavo zur Heilung gebracht wurde (Referat Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 31). Der große Milzbrandkarbunkel des oberen Augenlides heilte mit beträchtlichem Substanzverlust und folgendem Ektropion. Bei fünf Einspritzungen in 4 Tagen wurden 100 ccm Serum verbraucht; die lokale und allgemeine Besserung begann am 3. Tage nach der ersten Einspritzung. Am gleichen Tage wurden noch — entgegen anderen Berichten — vollvirulente Bazillen gefunden. Über den ursächlichen Zusammenhang von Seruminjektionen und Heilung will Verf. nicht entscheiden, glaubt aber doch an die Wirksamkeit des Mittels. **W. Weber** (Dresden).

45) **Lancereaux.** Le traitement des anévrismes des gros vaisseaux par les injections de solutions chloruro-jodiques de gélatine.

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. ser. Nr. 27.)

L. trägt acht neue Beobachtungen vor, aus denen der Wert der Gelatineinjektionen für die Behandlung der Aortenaneurysmen sich ergibt. Als Hauptvorteile imponieren neben der absoluten Ungefährlichkeit — Voraussetzung dabei ist die isotonische Zubereitung nach Chauffard's Vorschrift — die schnelle Beseitigung der meist großen Schmerzen, die Abnahme der Schwellung. Örtliche Reizung fehlt gleichfalls, wie in einem Falle die Autopsie 20 Stunden nach der letzten Injektion bewies. L. hält es für zweifellos, daß der Gelatine als solcher die Gerinnung begünstigende Wirkung zukomme, da der Gehalt an Kalzium, Chlorid und Säuren zu unbedeutend sei.

In der Diskussion erinnert Reynier nochmals an seinen durch Gelatineinjektionen geheilten Fall von Aneurysma arterio-ven. des Sinus cavernosus, der seit 2 Jahren gesund ist, und berichtet von einem ausgezeichneten Erfolge bei einem Aneurysma aortae. **Christel** (Metz).

46) **Nicolan.** Contribution à l'étude clinique et histologique des manifestations cutanées de la leucémie et de la pseudo-leucémie. (Aus der Jadassohn'schen Klinik in Bern.)

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. Nr. 8 u. 9.)

Verf. bespricht zunächst kurz die heutigen Ansichten über Leukämie und Pseudoleukämie und schildert dann an der Hand zweier Krankengeschichten die verschiedenartigen Hauterscheinungen bei diesen Affektionen, welche man in zwei Gruppen trennen kann: 1) Bildung von Geschwülsten, namentlich bei Leukämie, mit Vorliebe im Gesichte; 2) pruriginöse Dermatosen, welche häufiger bei Pseudoleukämie auftreten. Unter diese letzte Gruppe ist auch der vom Verf. beschriebene Fall von Érythrodermie exfoliative généralisée zu rechnen.

Klingmüller (Breslau).

47) **Audry.** Gonococcie métastatique de la peau. (Angiodermite suppurée à gonocoques).

(Ann. de dermat. et de syph. 1905. p. 544.)

Ein 19jähriger Kellner erkrankte an einer blennorrhagischen Gelenkentzündung, an welche sich ein scharlachartiges Erythem anschloß; letzteres trat zuerst an der

Sternoclaviculargegend, übereinstimmend mit der Arthritis, auf, um sich dann diffus über den ganzen Körper zu verbreiten. Nach Abblassen des Erythems erscheinen an einem Handgelenke, den Knien und auf der kleinen Zehe kleine, bläulich verfärbte, teilweise Eiter sezernierende Effloreszenzen, die den Charakter eines polymorphen Erythems tragen. Die betreffenden Körperstellen sind schmerzhaft und geschwollen. Die histologische Untersuchung einer solchen Effloreszenz ergibt positiven Gonokokkenbefund. Die Gonokokken sind in Leukocyten eingelagert, die Gefäße stark dilatiert. Es handelt sich also um eine durch Gonokokkenmetastasen veranlaßte Angiodermatitis; jedoch neigt A. zu der Annahme, daß nicht alle beobachteten Hauterscheinungen durch die lokale Wirkung der Gonokokken selbst entstanden sind, sondern daß vielfach deren Toxine die Dermatosen verursachen. **Klingmüller** (Breslau).

48) **Français.** Un cas de sarcoides sous-cutanés multiples.
(Ann. de dermat. et de syph. 1905. Nr. 3.)

Bei einer Pat., welche zu verschiedenen Malen an gastrischen Zuständen gelitten hatte, traten mit 37 Jahren heftige Schmerzen in beiden Schenkeln auf. Ein halbes Jahr später bildeten sich auf beiden Schenkeln auf Druck schmerzhafte, etwa schrotkorngroße, verschiebbare, subkutane Knötchen. Pat. hatte jeden Abend eine Temperatur von 38° und mehr, war aber sonst gesund und von kräftiger Konstitution.

Die histologische Untersuchung (Riesen- und epithelioide Zellen) zusammen mit dem fieberhaften Zustand ergab die Diagnose: subkutane Sarkoide, welche nach Darier den Tuberkuliden angehören. **Klingmüller** (Breslau).

49) **Mc Arthur.** Pneumatocele of the cranium.
(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. May 6.)

Von dieser selten beobachteten Geschwulst gelang es Verf. 33 Fälle in der Literatur nachzuweisen im Anschluß an einen selbst beobachteten Fall. Sein Pat., 63jähriger Mann, bemerkte seit 2 Jahren eine haselnußgroße Schwellung hinter dem linken Ohre, die sich allmählich über das ganze Hinterhaupt ausdehnte und Beschwerden machte. Befund: Kräftiger Mann mit einigen sonst hier nicht wichtigen Alterskrankheiten. Das ganze Hinterhaupt wird von flacher, leicht bis auf den Knochen eindrückbarer Geschwulst eingenommen, die vom linken Processus mastoideus ausgeht. Bei Eindrücken der Geschwulst hat man das Gefühl, als sei der Knochen an einzelnen Stellen zerstückelt; der Kranke fühlt bei Druck Entweichen von Luft aus dem Ohr. An einzelnen Stellen ist die Geschwulst etwas stärker aufgetrieben und stärker »fluktuierend«. Operation: Breite Spaltung der Geschwulst vom linken Warzenfortsatze zum Hinterhauptshöcker. Es entwich bei Einschnitt reichlich Luft, der Knochen war mit zahlreichen Exostosen besetzt. Ein Fistelgang führte von einer Höhlung am Warzenfortsatz in den äußeren Gehörgang. Heilung unter Tamponade. — Die Literatur ist in übersichtlicher Tabellenform angeführt. Coster (Bordeaux), welcher im Jahre 1859 die erste umfassende Untersuchung über den Gegenstand ausführte, hat mit seinen damals aufgestellten Grundsätzen heute noch recht: 1) Pneumatocele cranii ist selten. 2) Sie kann nur unter Durchbohrung des Knochens entstehen. 3) Sie ist stets lufthaltig. 4) Durch Druck kann sie mehr oder weniger entleert werden. 5) Ihre Ausgangsstellen sind Stirnhöhlen- und Warzenfortsatzzellen. 6) Die Entwicklung ist langsam und schmerzlos. 7) An sich ist die Geschwulst nicht gefährlich.

Trapp (Bückeburg).

50) **Warrington.** Tumour of right lateral lobe of the cerebellum with localising symptoms; operations; autopsy.
(Med. chronicle 1905. June.)

Ein junger Mann von 18 Jahren klagt, daß ihm das Sprechen schwer falle; besondere Mühe mache es ihm, das richtige Wort zu finden; auch das Schreiben

bereite ihm Schwierigkeiten. Bei der Untersuchung fand sich, daß der Pat. sehr langsam, mühsam nach dem richtigen Worte suchend, sprach. Der rechte Arm erwies sich als schwächer als der linke, und außerdem war die Koordination gestört. Sonst fanden sich keine Abormitäten. Nach einem Monate waren die Erscheinungen von seiten des rechten Armes stark ausgesprochen. Ferner zeigte Pat. beim Aufrechtstehen die Neigung nach rechts zu fallen; diese Erscheinung wurde durch Augenschließen nicht erhöht. Es bestand zuweilen Kopfschmerz und Erbrechen, und es zeigte sich eine ausgesprochene Neuritis optica beiderseits. Hierzu gesellte sich dann ein seitlicher und vertikaler Nystagmus. Schließlich, nach weiteren 2 Monaten, wurde auch das rechte Bein in Mitleidenschaft gezogen. Die Augen konnten nur mit Mühe nach der linken Seite bewegt werden; die Neigung, nach der rechten Seite zu fallen, war jetzt sehr ausgesprochen. Die Reflexe verhielten sich folgendermaßen: Rechts: Patellar- und Achillessehnenreflex fehlend, Cremaster- und Bauchdeckenreflexe lebhaft, Plantarreflex schwach. Links: Patellar- und Achillessehnenreflex lebhaft, Cremaster- und Bauchdeckenreflexe fehlend, Babinsky positiv (dorsal). Die Diagnose wurde auf eine Geschwulst der rechten Kleinhirnhälfte gestellt. Der Versuch, sie durch Operation zu entfernen, blieb erfolglos. Bei der Autopsie fand sich ein taubeneigroßes Sarkom an der vermuteten Stelle, das auf den mittleren Teil der Medulla drückte.

Engelmann (Dortmund).

51) **Hölscher.** Über Operationen an der Nasenscheidewand.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1905. Juli 15.)

Die Entwicklung der modernen rhinologischen Operationstechnik ermöglicht es, auch die schwersten Verbildungen vom Nasenloch aus zu beseitigen; eine Spaltung und Aufklappung der Nase, wie sie in chirurgischen Lehrbüchern noch für schwierige Fälle empfohlen wird, ist stets unnötig. H. hat in 30 Fällen von Knickung der Scheidewand folgendes, nach Krieg modifiziertes Verfahren mit Erfolg angewendet, meist bei Knickungen höchsten Grades. Durchschneiden der Schleimhaut mit dem elektrischen Spitzbrenner, Ablösen der Schleimhaut mit einem schmalen Löffel, bis die Knickung ganz freiliegt; der Knorpel wird dann vorn auf eine kleine Strecke mit einem schmalen Messerchen durchtrennt, in die Schnittfläche ein schmaler, scharfer Löffel eingeführt, die Höhlung gegen den Knorpel gerichtet, und nach Ablösung der Schleimhaut der anderen Seite ein Stück des Knorpels ausgebrochen; von dieser Lücke aus läßt sich dann die ganze geknickte Knorpelplatte leicht teils durch Abbrechen, teils durch Abstechen mit dem Hohlmeißel entfernen; nur bei sehr festem Knochen braucht man Zange oder Hammer und Meißel. Die Schleimhautreste werden abgetragen und nötigenfalls verschorft. Eine Perforation der stehenbleibenden Schleimhaut bei der Operation ist in keinem Falle erfolgt.

Mohr (Bielefeld).

52) **Rolando.** Sopra un tumore inesto congenito della lingua.

Genua 1905.

R. beschreibt ein Teratom vom Mundboden und der Zunge eines neugeborenen Kindes. Dasselbe hing als mandarinengroße Geschwulst aus dem Mund und behinderte sowohl die Atmung wie die Ernährung. Die seitlichen Partien waren mit Schleimhaut, die obere mit Cutis bedeckt, welche feine Haare trug. An der Basis waren härtere Partien bis zum Kiefer zu verfolgen, sonst war die Konsistenz teils derb, teils weich. Es wurde die Abtragung an der Basis gemacht, eine starke venöse Blutung teils durch direktes Fassen von Gefäßen, teils durch Umstechung, teils durch Paquelin gestillt. Heilung erfolgte unter Eiterung.

Mikroskopisch zeigt der Cutisüberzug wohlentwickelte Haare und Talgdrüsen. Darunter folgt ein blutreiches, stellenweise an ein teleangiektatisches Angiom erinnerndes Gewebe. Der Hauptteil der Geschwulst bestand aus Fettgewebe; im Zentrum lag Gliagewebe mit Ganglienzellen. An der Basis hyaliner Knorpel, daneben Knochengewebe und Muskelfasern, die in Ganglien auslaufen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

53) **S. C. Thomson.** Cessation of epilepsy consequent on removal of adenoids.

(Practitioner 1905. May.)

Ein schwerhöriges, 6 Jahre altes Mädchen, welches seit 2 Jahren an epileptischen Krampfanfällen litt, adenoide Vegetationen im Nasen-Rachenraum hatte und infolgedessen nur durch den offen gehaltenen Mund atmen konnte, wurde vom Verf. im Jahre 1898 operiert, eine große Menge lymphoiden Gewebes entfernt. Die Atmung war sofort eine freie, die Schwerhörigkeit wich innerhalb einiger Wochen, auch die epileptischen Anfälle sind seitdem nicht wieder aufgetreten. Zwei Photographien zeigen das Aussehen der Pat. vor der Operation und 6 Jahre nach derselben. **Jenckel** (Göttingen).

54) **Wölfler.** Erfolgreiche Naht des Nervus hypoglossus.

(Aus dem Verein deutscher Ärzte in Prag vom 3. Februar 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 12.)

Der 38 Jahr alte Pat. hatte sich bei einem Selbstmordversuche den rechten N. hypoglossus durchschnitten. Die Zunge wich beim starken Vorstrecken nach rechts, beim Zurückziehen in die Mundhöhle nach links ab. Die rechte Zungenhälfte war wesentlich kleiner, substanzarm, weich. Es waren Sprachstörungen vorhanden. Etwa 5 Monate nach der Verletzung (15. Juli 1902) Nervennaht. Die beiden, in Narbe eingebetteten Nervenenden waren schwer zu isolieren und wurden durch drei durch die Nervensubstanz gehende Nähte vereinigt. Nach vielen Monaten erst Besserung. Nach außen wird die Zunge jetzt gerade herausgestreckt, im Munde weicht sie noch nach links ab. Elektrische und galvanische Erregbarkeit rechts noch nicht so kräftig wie links. Keine Entartungsreaktion.

Dieser Fall ist der erste, in welchem eine Vereiniguug der Nervenenden vorgenommen wurde. W. hat im ganzen 6 Fälle in der Literatur gefunden, in welchen der N. hypoglossus verletzt wurde (3mal Schnitt-, 3mal Schußverletzung). **Hübener** (Dresden).

55) **A. Quodbach.** Über die Verletzung der Arteria vertebralis dicht unterhalb des Hinterhauptbeines.

Inaug.-Diss., Rostock, 1905.

Mitteilung eines Falles von Messerstichverletzung der Art. vert. nach ihrem Austritt aus dem Foramen transvers. Atlantis. Die Unterbindung an der Stelle der Verletzung gelang nicht, dagegen die an der Abgangsstelle aus der Art. subclavia. Tod an diffuser Meningitis haemorrhagica cerebrospinalis. Der Befund eines Thrombus im peripheren Stumpfe spricht dafür, daß ein spontaner Verschluß zustande kommen kann. **Renner** (Dresden).

56) **M. Dangel.** Über die Unterbindung der Vena jugularis interna.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 495.)

Bei einem 33jährigen Manne mußten gelegentlich der Entfernung karzinomatöser Drüsenpakete beide Vv. jugulares internae unterbunden werden. Nur etwa 10 Minuten lang machte sich eine Cyanose des Gesichtes und Pulsbeschleunigung bemerkbar, dann glich sich die Zirkulationsstörung aus. Nach 4 Wochen starb Pat. an einem Erysipel. Bei der Sektion war die linke V. vertebralis nicht erweitert, die rechte dagegen bleistiftdick; ebenso war ein vor der Halswirbelsäule verlaufender Ast erweitert. Es war also der Ausgleich der Zirkulation durch die Anastomosen im Foramen magnum erfolgt, während die Emissarien dafür keine Rolle spielen. Daß in diesem Falle die doppelseitige Jugularisunterbindung so gut ertragen wurde, hängt möglicherweise damit zusammen, daß infolge der Kompression durch die karzinomatösen Drüsen schon vorher die Kollateralen sich erweitert hatten. **M. v. Brunn** (Tübingen).



57) **Downie.** Two cases of branchial fistula.

(Glasgow med. journ. 1905. August.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine innere Fistel ohne äußere Öffnung bei einer 25jährigen Frau; die Symptome bestanden seit 6 Jahren. Drückte man auf die rechte Halsseite, so entleerte sich eine große Menge schleimig-eitrigen Inhaltes in den Mund, und zwar aus der zwischen rechter Mandel und hinterem Gaumenbogen gelegenen Fistelöffnung.

Der zweite Fall betraf einen 26 Jahre alten Mann, der erst seit 2 Jahren die Fistel bemerkte. Sie war komplett, hatte ihre innere Mündung an derselben Stelle wie der vorige Fall, die äußere am vorderen Rande der sternalen Insertion des M. sternocleidomastoideus.

In der Diskussion erwähnte Maylard einen von ihm operierten, dem zweiten Falle D.'s analogen Pat., bei dem es zum Rezidiv kam.

Young berichtete über einen Kranken seiner Beobachtung, bei dem er wegen vereiterten Halslymphoms operieren wollte; dabei fand er eine Cyste mit epithelialem Belag, die er entfernte mit gutem dauerndem Heilerfolg; eine innere oder äußere Fistel hatte nie bestanden. **W. v. Brunn** (Rostock).

58) **Dowel.** The surgical treatment of tubercular cervical lymphnodes.

Annals of surgery 1905. July.)

Verf. berichtet über 100 Fälle von ihm operierter Halsdrüsen. Heredität schien von geringerer Wichtigkeit als ungesunde Lebensverhältnisse; die Eingangspforten waren meistens die Schleimhaut der Nase (adenoide Wucherungen) und der Mundhöhle.

Die Diagnose, ob es sich um tuberkulöse Drüsenentzündung handelt, ist manchmal nur dadurch zu stellen, daß eine Drüse probeweise exstirpiert und mikroskopiert wird. Die Krankheit neigt dazu, Tuberkulose in den Lungen and anderen Organen zu erzeugen, und zwar nach Statistiken in $^1/_4$—$^1/_2$ der Fälle; sie ist daher als eine ernste Erkrankung anzusehen.

Die totale Entfernung der Drüsen gibt eine bessere Prognose als die partielle. Für die Operation soll man sich transversaler Schnitte bedienen, da die longitudinalen breite und kallöse Narben geben. An Abbildungen wird erläutert, auf welche Weise die Verletzungen der Nn. accessorius und facialis zu vermeiden sind. Nach D. soll jeder Fall von Halsdrüsentuberkulose möglichst bald operiert werden. **Herhold** (Altona).

59) **O. Ammann.** Ein neues Skoliosenkorsett.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Damit die Bügel des Korsetts sich nicht verschieben können, werden sie in der Kreuzgegend durch ein Scharnier verbunden. Die Achselstützen sind entbehrlich, statt derselben wird eine Pelotte auf das Brustbein unterhalb der Schlüsselbeingelenke gesetzt, die mit dem Beckengürtel durch zwei seitliche Schienen verbunden ist. Die seitlichen Schienen stehen außerdem noch weiter oben nach rückwärts miteinander in Verbindung. Die Redression kann durch Seitenzug oder durch Gummikissen verstärkt werden. **J. Riedinger** (Würzburg).

60) **A. Roth** (Budapest). Die Therapie der Skoliose und Kyphose ohne Gipsverband.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Verf. ist ein überzeugter Anhänger der Korsettbehandlung bei Skoliose und arbeitet unermüdlich an der weiteren Verbesserung seines Korsetts, das er neben gymnastischen, Extensions- und Detorsionsübungen anwendet. Er hat bereits in früheren Arbeiten hierüber berichtet. In der vorliegenden Arbeit bringt er nochmals eine Beschreibung seines Korsetts, so detailliert, daß dessen Herstellung auch in anderen Werkstätten möglich ist. **J. Riedinger** (Würzburg).

61) **Müller.** Ein neuer Detorsionstisch zur Behandlung der Skoliose.
(Therapie der Gegenwart 1905. Juli.)

Ausgehend von der Tatsache, daß das Primäre bei der Entwicklung der Skoliose eine Torsion der Wirbel ist, hat M. einen Tisch konstruiert, der den Zweck hat, eine energische Detorsion des Brustkorbes und damit der Wirbelsäule zu bewirken. Der vom medizinischen Warenhaus (Berlin) hergestellte Tisch, der in dem Aufsatz an der Hand von Abbildungen genau geschildert wird, hat sich M. beim allgemeinen Redressement der Skoliose ebenso wie bei der Anlegung von Gipskorsetts sehr bewährt, wenn auch der Apparat, wie M. auch ausdrücklich hervorhebt, allein zur Heilung der Skoliose nicht imstande ist.

Silberberg (Breslau).

62) **W. Sheen.** Of ligature of the innominate artery.
(Annals of surgery 1905. July.)

Es handelte sich um ein Aneurysma der Art. subclavia, welches Schmerzen und taubes Gefühl im Arme, Schwellung der Schulter und Brust, sowie Abschwächung des Radialpulses verursachte. Unterbindung der Art. innominata; nach einigen Wochen kehrte die Pulsation wieder, daher zweite Operation, welche aber wegen starker Blutung abgebrochen werden mußte; dann dritte Operation, durch welche die Art. anonyma nochmals unterbunden wurde, und hierauf endgültige Heilung. Geringe Schmerzen im Arme waren zwar noch vorhanden, doch konnte Pat. arbeiten, die Pulsation erschien nicht wieder.

S. sammelte aus der Literatur 43 Fälle von Freilegung der Art. anonyma; 36mal wurde die Unterbindung ausgeführt mit 28 Todesfällen = 78% und 8 Heilungen. Die Todesursache bestand in Nachblutungen, und zwar entweder infolge Eiterung der Wunde oder auch ohne Eiterung. Die nächsthäufige Todesursache sind Hirnschädigungen. Bei Ausführung der Operation ist die peinlichste Asepsis zu beobachten; die Arterie wird mit starker Seide 2mal unterbunden, und zwar zunächst proximal, dann distal; der Seidenfaden wird so stark angezogen, daß die Intima einreißt. Die Wunde wird ohne Drainage geschlossen. Um Hirnaffektionen zu vermeiden, ist es gut, zunächst die Carotis und dann nach 24 Stunden die Art. anonyma zu unterbinden. Die beste Prognose geben umschriebene Aneurysmen bei gesunden Personen. **Herhold** (Altona).

63) **M. Blumenthal** und **K. Hirsch.** Ein Fall angeborener Mißbildung der vier Extremitäten.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Bei der 45 Jahre alten Pat. zeigen sich schwere Defekte an den Extremitäten (Strahldefekte, Phokomelie, Randdefekte). Der Fall ist mit Röntgenstrahlen genau untersucht und beschrieben. Bei der Vielgestaltigkeit der Defekte ist eine einheitliche Bezeichnung der Mißbildung nicht möglich.

Trotz der erheblichen Verbildung hat Pat. durch Intelligenz und Übung ihre Gliedmaßen zur Ausführung der wichtigsten Verrichtungen instand zu setzen vermocht. Besonders wichtig war ihr die Erhaltung eines Fingers, der ihr z. B. das Schreiben ermöglichte. **J. Riedinger** (Würzburg).

64) **E. Rosenkranz.** Über kongenitale Kontrakturen der oberen Extremitäten.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Die Arbeit enthält zunächst die Beschreibung eines einschlägigen Falles aus der Berliner Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie. Ein 10 Jahre alter Knabe zeigte Kontrakturstellungen der Ellbogen-, Hand- und Fingergelenke.

Im Anschluß hieran bringt Verf. eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle und bespricht pathologische Anatomie, Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie der einzelnen Kontrakturformen. **J. Riedinger** (Würzburg).

65) **K. Gerson.** Zur Extensionsbehandlung der oberen Extremität.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Verf. hat für die obere Extremität eine Extensions- und Lagerungsschiene konstruiert, deren Vorteile sind: 1) Möglichkeit der Massage und Bewegung unter Fortdauer der Extension bei Knochenbrüchen, 2) Fixierbarkeit des Ellbogen- und Handgelenkes in beliebigem Winkel, 3) gleichzeitige Ruhigstellung, Stauung und Extension des Armes bei Tuberkulose des Hand- oder Ellbogengelenkes oder rheumatischen Leiden. **J. Riedinger** (Würzburg).

66) **Alex. Dumas.** Ein Fall von Interposition des Lig. annulare in die Articulatio humero-radialis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

Der 42jährige Pat., der sich mit dem Ellbogen gestoßen hatte, verspürte nach einigen Tagen starke Schmerzen im Ellbogengelenk, sowie Reiben. Zeitweilige Anschwellung. Bei Rotationsbewegungen im Radio-Humeralgelenk fühlt man ein deutliches Hüpfen des Gelenkes zwischen Pronation und Supination, das mit starken Schmerzen verbunden ist. Bei der Eröffnung des Gelenkes zeigt es sich, daß das Lig. annulare am ganzen lateralen Umfang losgerissen und über das Radiusköpfchen herübergelegt ist. Exstirpation des interponierten Bandes. Heilung mit freier Beweglichkeit. Es hatte weder eine Luxation noch eine Fraktur bestanden.

Hübener (Dresden).

67) **J. Boeckel.** Paralysie de la branche profonde du nerf radial après traumatisme. Suture tardive. Guérison.

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. sér. Nr. 17 et 18.)

B., dem nur ein ähnlicher Fall von Thöle bekannt ist, hat im seinigen etwa 1 Monat nach der Stichverletzung, welche den linken Vorderarm im oberen äußeren Drittel betroffen hatte, die Nahtvereinigung der Nervenstümpfe ausgeführt. Der tiefe Ast des N. rad. war an seinem Durchtritte durch den Supinator brevis durchtrennt und aufzusuchen. B. ging im Interstitium zwischen Extensor digit. comm. und Brachio-radial. ein; dieser sowie die Speichenstrecker wurden quer durchschnitten; dann gelang es, die beiden Nervenenden aufzufinden, zu präparieren, anzufrischen und zu vereinigen. Die Wunde heilte in 14 Tagen. Wiederherstellung eines guten Teiles der Streckfunktion im Verlaufe von 2 Monaten.

In der Diskussion (Heft 18) erinnert P. Reynier zunächst daran, daß von ihm, Morestin und Glück ähnliche Fälle publiziert seien. Er und Morestin suchten den Radialis zwischen Supinator und Radialis longus, was leicht sei, und verfolgten ihn ohne weitere Muskelverletzung bis zur Teilungsstelle, wo die Durchtrennung erfolgt war. Die Vereinigung ist hier gar nicht leicht, weil sich der Nerv schon erheblich zerfasert. R.'s Kranke erlangte nach 14 Monaten erst die volle Beweglichkeit wieder. **Christel** (Metz).

68) **G. Drehmann.** Zur operativen Behandlung der ischämischen Muskelkontraktur.

(Zentralblatt für physikal. Therapie, Diätetik, Krankenpflege und Unfallheilkunde. Sonderdruck. 3 S.)

In einem Falle von ischämischer Muskelkontraktur am Vorderarme bei einem 7 Jahre alten Knaben beseitigte Verf. die Kontrakturstellung der Finger dadurch, daß er Inzisionen der Narbenmassen in den Muskeln vornahm. Die Muskeln wurden durch einen 12 cm langen, etwas ulnarwärts von der Mittellinie über die Beugemuskulatur des Vorderarmes verlaufenden Schnitt freigelegt und die peripheren Stümpfe der Muskelnarbenmasse mit dem noch verhältnismäßig gut erhaltenen Flexor digit. profundus vereinigt. Nach 6 Wochen konnten die Finger aktiv gebeugt und gestreckt werden. **J. Riedinger** (Würzburg).

69) **J. Antonelli** (Pavia). Ein Fall von kongenitalem bilateralem Radiusdefekt.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Der genauer beschriebene Fall wurde bei einem 5 Monate alten Knaben beobachtet. Daneben bestand Pes plano-varus beiderseits, ferner Hypospadia penica und Hernia inguino-scrotalis dextra. Aus der Literatur konnte Verf. 114 Fälle von angeborenem Radiusdefekt zusammenstellen. Statistik, Diagnose, Prognose und Therapie werden auf Grund der Zusammenstellung besprochen. A. selbst ging operativ vor. Am rechten Vorderarme wurde eine Längsspaltung der Ulna ausgeführt. In den künstlich geschaffenen Zwischenraum wurden Muskelbäuche eingelagert. Am linken Vorderarme wurde die gleiche Operation gemacht, außerdem eine plastische Verlängerung der einer Korrektion der Handstellung sich entgegenstellenden Sehnen ausgeführt. Der Erfolg der Operationen war sehr befriedigend.

J. Riedinger (Würzburg).

70) **Lucas-Championnière.** Fractures du radius dues au retour de la manivelle d'automobile. Les variétés. Son traitement. Manière de la prévenir.

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. ser. Nr. 11.)

Die Beobachtungen von Radiusbrüchen beim Anlaufenlassen der Automobile haben sich seit den ersten Mitteilungen sehr gehäuft; so wurden im Hospital Beaujon in relativ kurzer Zeit 14 Fälle behandelt. Ziemlich zu gleichen Teilen betreffen sie die beiden häufigsten Mechanismen, indem 7mal die Fraktur durch Riß, 6mal durch Rückstoß der Kurbel zustande gekommen war. Relativ selten kommt der Bruch nach dem Dagron'schen Typus — Stoß gegen den Handballen, Kompressionsbruch, zustande, und ganz ausnahmsweise soll nach Guillemont eine vierte Varietät — Druck und Gegendruck beim Gegenstemmen gegen den Rückstoß der Kurbel — beobachtet werden.

Meist tritt nur geringe Verschiebung ein; der Bruch ist fast nicht zu erkennen, der Chauffeur setzt mitunter die Fahrt fort. Es bedarf somit nur einfachster Verbände und der Massage zur schnellen Heilung; selbst Einrichtung ist gewöhnlich unnötig.

Vermeiden läßt sich diese berufliche Verletzung bei der bisher üblichen Zündung nicht; höchstens sollte man den Chauffeuren raten, die Kurbel nicht krampfhaft festzuhalten, um bei Zurückschnellen derselben nicht zu stark gezerrt zu werden.

Christel (Metz).

71) **A. Schanz.** Ein neuer Handgelenkbewegungsapparat.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Der Apparat gestattet infolge von Verwendung eines verstellbaren Schwungrades aktiv-passive Bewegungen der Hand nach allen Richtungen.

J. Riedinger (Würzburg).

72) **J. Taendler.** Ein neues Daumenpendel.

(Med. Klinik 1905. p. 759.)

Eine Tischplatte trägt den festgestellten Unterarm. An ihrem Ende nehmen Hülsen, die mit einem Pendel verbunden sind, den Daumen und die übrigen Finger auf. Die Hülse ist an einem graduierten Exzenter befestigt, der ihre Feststellung in jeder Lage von Überstreckung oder Beugung durch eine Flügelschraube bewirkt. Verf. rühmt seinem seit einem Jahre erprobten Pendel Einfachheit und leichte Regulierbarkeit nach. Verfertigt im Medizinischen Warenhaus.

Georg Schmidt (Berlin).



73) **Gérand.** Etude sur les oedèmes durs de la main, a propos d'un cas d'oedème dur traumatique du metacarpe dorsal chez un hystérique.

(Archives de médecine et de pharmacie militaires 1905. Nr. 8.)

Nach Fall auf die linke Hohlhand entstand bei einem Soldaten eine Anschwellung des Handrückens, über welcher die Haut blau verfärbt war. Unter zweckentsprechender Behandlung verschwand diese ödematöse Anschwellung, so daß der Mann zum Dienst geschickt werden konnte. Nach einiger Zeit mußte er jedoch wegen desselben Leidens wieder aufgenommen werden, und das wiederholte sich, so daß der Mann schließlich entlassen wurde. Das Röntgenbild ergab eine leichte Atrophie der Metacarpalknochen. Der Mann zeigte deutliche hysterische Stigmata: Einschränkung des Gesichtsfeldes, anästhetische Hautzonen, aufgehobenen Gaumenreflex usw. Die Ursachen dieser Ödeme sind nach G. noch unsicher, jedenfalls hat man ihnen erst mehr Aufmerksamkeit geschenkt und sie häufiger beobachtet, seitdem die Unfallversicherungsgesetze bestehen. Simulation kann nicht immer ausgeschlossen werden, da z. B. ein solches Ödem durch Umlegen einer festen Binde während der Nacht erzeugt werden kann.

Nach Borchard und Grünbaum gibt es eine entzündliche Knochenatrophie, bei welcher ein derartiges Ödem vorkommen soll; doch bedarf diese Anschauung noch weiterer Stützen. Auch an Syringomyelie wird man denken müssen; meistens wird es sich aber um trophoneurotische Störungen auf hysterischer Basis handeln. Die Prognose ist nicht gut; Verf. glaubt nicht, daß derartige Zustände durch Suggestion zu heilen seien. **Herhold** (Altona).

74) **J. A. Becher.** Modell zur Demonstration der funktionellen Ausgleichung der Hüftgelenkskontrakturen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Das für den klinischen Unterricht bestimmte, auf dem vorvorigen Orthopädenkongreß demonstrierte Modell besteht aus einem Stativ und dem beweglichen, beliebig fixierbaren Skelett der Wirbelsäule, des Beckens und der Oberschenkel. Es dient zur Demonstration der Stellungen, welche die einzelnen Skelettabschnitte bei den verschiedenen Kontrakturstellungen der Hüfte einnehmen müssen, sobald das Bein funktionell, d. h. zum Gehen beansprucht wird. Zur Erklärung dienen mehrere instruktive Abbildungen. **J. Riedinger** (Würzburg).

75) **v. Hacker.** Luxatio femoralis perinealis, unter Lumbalanästhesie reponiert. Erfahrungen über Lumbalanästhesie.

(Aus der Sitzung des Vereins der Ärzte Steiermarks vom 7. November 1904.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Der 19jährige Pat. zog sich die Verletzung zu, als er von einem Speicher herabfiel und mit dem betreffenden Bein in einem Rohre hängen blieb. Durch die gewaltsame Umdrehung um die Körperachse wurde das gebeugte Bein nach auswärts rotiert und abduziert. In der Gegend des Trochanter bestand eine tiefe Einsenkung. Der Oberschenkelkopf stand dicht am horizontalen Schambeinaste. Die Reposition gelang leicht und schmerzlos.

Bei der Lumbalanästhesie wurden meist 0,05% Tropakokain in 5 ccm Zerebrospinalflüssigkeit gelöst. Unter 129 Fällen mißlang die Punktion nur in 3 Fällen. In 92 Fällen (73%) war die Analgesie eine ganz vollkommene oder für die Operation ausreichende, in 22 Fällen (17,4%) wurden einzelne Akte der Operation am Schluß empfunden. Nur in 12 Fällen (19,5%) trat trotz gelungener Punktion keine brauchbare Analgesie auf. Niemals wurde eine Schädigung der Pat. beobachtet, selten leichte Kopfschmerzen und Erbrechen. **Hübener** (Dresden).

76) **T. Nolot.** Contribution à l'étude de la luxation paralytique de la hanche.

Thèse de Paris 1905.

Verf. stellt sieben Fälle von paralytischer Hüftverrenkung aus der Literatur zusammen, denen er einen eigenen hinzufügt. Die Bezeichnung paralytische Ver-

renkung will er lediglich für die Fälle reserviert haben, in welchen die Verrenkung bei Lähmungen einzelner Muskelgruppen durch antagonistische Wirkung im Anschluß von Kinderlähmung auftritt, im Gegensatz zu den angeborenen oder den pathologischen Verrenkungsstellungen nach Gelenkentzündungen.

Coste (Straßburg i. E.).

77) **E. Scheu.** Ein Fall von hysterischer Hüfthaltung mit Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall von hysterischer Hüfthaltung mit Skoliose nach dem von Wertheim-Salomonson zuerst beschriebenen Typus. Es handelt sich um eine abnorme Stellung des Beckens, ähnlich der bei der »Attitude hanchée«. Das Leiden wurde bei einem 18 Jahre alten Hausmädchen beobachtet.

J. Riedinger (Würzburg).

78) **E. Mayer.** Ein neuer Apparat zum Strecken der Beine und Spreizen der Füße.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Verf. beschreibt einen Übungsapparat für rachitische Bein- und Fußdeformitäten. Er besteht aus einem Block, an welchem die Füße angeschnallt werden, und der auf einem Tische derart angebracht ist, daß er sich in einer Führung glatt hin- und herschieben läßt, wodurch redressierende Bewegungen ausgeführt werden können. **J. Riedinger** (Würzburg).

79) **H. M. Rigby.** The operative treatment of fracture of the patella.

(Practitioner 1905. May.)

Verf. verwirft ganz entschieden die nicht operative Behandlungsmethode bei Fractura patellae, da einmal die Resultate zu schlecht seien, und außerdem die Behandlung eine zu große Zeit in Anspruch nehme, so daß die gewöhnlich dem Arbeiterstande angehörenden Pat. auch dadurch sehr benachteiligt würden. Die von Kocher empfohlene Operation mit nachträglicher Entfernung des Drahtes wird aus verschiedenen Gründen verworfen. Die angewandte »offene Methode« besteht in: a. Freilegung der Fragmente durch Längs-, Quer- oder Bogenschnitt, welch letzteren Verf. vorzieht; b. Entfernung der Blut- sowie zerfetzten Weichteilmassen; c. Anfrischung der Bruchstücke; d. Naht derselben mittels Draht; e. Naht der seitlichen Quadricepsrisse.

Von den 21 auf diese Weise Behandelten waren 17 nur 23½ Tage (im Durchschnitt) nach der Operation im Krankenhause, 16 konnten ohne Stütze herumgehen und das verletzte Knie mindestens bis zum rechten Winkel aktiv beugen. Ein Fall, bei dem wegen nochmaligen Bruches die Naht gemacht wurde, heilte unter Versteifung des Knies aus. Die übrigen vier Fälle erforderten eine längere Behandlungszeit. Bei einem 37jährigen Manne — dem einzigen Falle, welchen Verf. mit sterilen Gummihandschuhen operierte — trat Vereiterung des Gelenkes ein, so daß das Bein amputiert werden mußte. **Jenckel** (Göttingen).

80) **G. Doberauer.** Die Behandlung der Patellarfrakturen in Wölfler's Klinik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 547.)

Seit 1895 kamen in der Wölfler'schen Klinik 28 Kniescheibenbrüche zur Behandlung, davon 20 frisch, die übrigen erst nach längerer Zeit. 8 frische und 7 veraltete Brüche wurden mit Naht behandelt, die übrigen konservativ. Wiewohl in der Regel nur durch die Naht eine knöcherne Vereinigung der Fragmente erzielt wurde, war doch auch bei den mit zum Teil beträchtlicher Diastase geheilten, konservativ behandelten Fällen, von denen allerdings nur wenige einer persönlichen Nachuntersuchung unterzogen werden konnten, die Funktion eine befriedigende. Als das Idealverfahren ist die offene Naht zu bezeichnen, doch ist angesichts der leidlich guten Resultate der konservativen Behandlung die Indikation dazu keine

absolute. Bei ungünstiger Konstitution, bei voraussichtlicher Gefährdung durch die Narkose verdient die konservative Behandlung auch heute noch, wo die Gefahr der Wundinfektion keine Rolle mehr spielt, den Vorzug.

M. v. Brunn (Tübingen).

81) A. R. v. Rüdiger-Rydygier. Beitrag zur operativen Behandlung der habituellen Luxation der Kniescheibe nach Ali Krogius.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 24.)

Mitteilung eines in der v. R.'schen Klinik nach Ali Krogius mit vorzüglichem Erfolg operierten Falles, die zu weiterer Verwendung des leicht und einfach auszuführenden Verfahrens auffordern soll. **Hübener** (Dresden).

82) Boucher. Luxation des menisces du genou. Un cas de luxation du menisque externe au niveau du poplité. Un cas de luxation du menisque interne par cause immédiate indirecte.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 8.)

Die Verrenkung des äußeren Meniscus wurde in dem betreffenden Falle durch Fall vom Wagen auf die Erde hervorgerufen. Infolge dieses Ereignisses konnte der Unterschenkel in der folgenden Zeit nur bis 90° gebeugt und nur bis 175° gestreckt werden. Sobald jedoch beim Streckversuche der Unterschenkel zwischen 165—167° angelangt war, ließ er sich nur vermittels Druck in die Kniekehle und Zug am Unterschenkel weiter strecken. Der Verletzte, ein Offizier, vermochte seinen Dienst vom Tage des Unglücksfalles, am 12. Mai 1903, bis zum 7. September 1904 fortzusetzen. Innerhalb dieser Zeit hatte er drei heftige Anfälle, wo unter Schmerzen das Knie bei 165° stehen blieb, und die Auslösung der Bewegung erst nach einigen Stunden gelang. Allmählich stellte sich ein Erguß im Kniegelenk ein, bei Bewegungen wurden krachende Geräusche gehört. Eine Operation fand nicht statt. Verf. meint, daß der Meniscus externus bei überstrecktem und einwärts rotiertem Knie durch den M. popliteus abgerissen wird, welcher letztere einen Teil der hinteren Kapsel des Kniegelenkes bildet.

Im zweiten, durch Hufschlag entstandenen Falle war Streckung bis 155° und Beugung bis 120° möglich. Auch hier bestanden krachende Geräusche und plötzlich auftretende Schmerzen. Durch Operation wurde der interne Meniscus entfernt und Heilung mit völliger Dienstfähigkeit erzielt. **Herhold** (Altona).

83) Villemin. Sur le traitement des ostéo-arthrites tuberculeux du genou par l'association combinée de la méthode sclérogène et des injections intra-articulaires. Rapport de Mr. Perier.

(Bull. de l'acad. de méd. LXVIII. ann. 3. ser. Nr. 3 u. 5.)

Die von Lannelongue inaugurierte Methode, fungöse Gelenkerkrankungen durch künstliche Narbenerzeugung um die erkrankte Synovialis herum — mittels zahlreicher tropfenweiser Injektionen 10%iger Chlorzinklösung — zu heilen, hat bisher wenig Nachahmung gefunden. V. hat sie mit intraartikulären Jodoforminjektionen kombiniert und glaubt durch drei sehr günstig verlaufene Fälle bei 10—13jährigen Mädchen ihre vortreffliche Wirkung in relativ kurzer Zeit — etwa 5 Monate und mit guter Funktion — dartun zu können. Wer sich für diese Behandlungsweise interessiert, findet hierin, sowie in den erläuternden, sehr ausführlichen Auseinandersetzungen von Lannelongue selbst (Nr. 5) die genauen technischen Vorschriften. Die Einspritzung von Jodoform in Verbindung mit Öl, Äther und etwas Kreosot wird der eigentlichen sklerogenen Behandlung einige Tage vorausgeschickt; diese erfordert zwei bis drei Sitzungen in Narkose (denn die Chlorzinkinjektionen sind sehr schmerzhaft!) mit nachfolgendem Gipsverbande. Faradisation, Massage, roborierende Mittel gehören zur Behandlung, während besonders Lannelongue vor passiven Bewegungen und zu frühen Gehversuchen nicht ernstlich genug warnen kann!

Wenn man, wie **Lannelongue** es tut, die Heilungsdauer des Fungus bei Kindern mit 3 Jahren berechnet, muß die Zeit von 5—6 Monaten mit der sklerogenen Methode gering erscheinen. Wer aber hätte frühzeitig diagnostizierte Fälle von Fungus mit und ohne Behandlung bei Kindern und Greisen nicht ebenso schnell heilen sehen? **Christel** (Metz).

84) **Le Dentu.** Anévrisme traumatique du tronc tibio-peronier ou de l'artère tibiale postérieure près de son origine guéri par des injections sous-cutanées de serum gélatiné.

(Bull. de l'acad. de méd. LXIX. ann. 3. ser. Nr. 15.)

Stichverletzung der linken Wade, ca. 12 cm unterhalb der Gelenklinie. Nach 14 Tagen Beginn einer Geschwulstbildung, die nach etwa 2 Monaten als Aneurysma erkannt und le D. zugewiesen wurde. In der Erwägung, daß ebensowohl die Tib. post., als bei schräg aufsteigender Richtung die Teilungsstelle der Poplitea selbst (nach den Angaben von **Juvara**) getroffen sein könnte, trug le D. Bedenken, die Exstirpation des Aneurysmasackes zu wagen, da sie in 2,77% der Fälle Gangrän des Unterschenkels mit sich bringt. Vergeblich wurden erst Hochlagerung und Beugung versucht; letztere, nur in geringem Grade möglich, wurde schlecht vertragen.

Dann entschloß sich Verf. bei gleichzeitiger Bindenkompression zu Gelatineinjektionen nach **Chauffard**'scher Vorschrift. Mit sieben Einspritzungen von je 200 ccm 2%iger Gelatinelösung, die in etwa 8tägigen Zwischenräumen gegeben wurden, erzielte er völlige Heilung. Die Behandlung hat fast 4 Monate gedauert.

Christel (Metz).

85) **J. Antonelli.** Ein Fall von partiellem Fibuladefekt.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Der Fall, der der bisherigen Kasuistik angefügt wird, betrifft einen 2 Jahre alten Knaben. Außer Klumpfuß bestand an demselben Fuße noch Polydaktylie und komplizierte intra-uterine Fraktur der Tibia.

Nach Aufzählung der Literatur (110 Autoren) und Besprechung der Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie berichtet Verf. über die von ihm ausgeführte erfolgreiche Operation.

Nach plastischer Verlängerung der Achillessehne durch Z-förmigen Schnitt und Durchtrennung des Flexor digit. comm. long. wurde durch Schnitt nach **Reverdin-Kocher** das Sprunggelenk freigelegt und der Talus, der den gelenkigen Zusammenhang mit dem Unterschenkel verloren hatte, durch Einwärtsluxation des Fußes unter die Gelenkfläche der Tibia verschoben. Nach Ebnung der Gelenkflächen wurde alsdann die Arthrodese des Fußgelenkes in Equinusstellung, eine plastische Verlängerung der Kniebeuger und die Entfernung der überzähligen Zehe mit dem III. Metatarsus vorgenommen.

J. Riedinger (Würzburg).

86) **M. Klar.** Über angeborenen Hallux valgus.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Das Leiden hat in der Literatur noch keine wesentliche Beachtung gefunden. Verf. beschreibt die Deformität bei einem 35 Jahre alten Manne, die sich besonders dadurch auszeichnet, daß sie sich im Stammbaume der Familie vielfach vertreten findet. **J. Riedinger** (Würzburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 42. **Sonnabend, den 21. Oktober.** **1905.**

I.

(Mitteilung aus der chirurgischen Abteilung des St. Stephanspitals in Budapest. Primarius: Prof. v. Herczel.)

Zur Radikaloperation der Nabelbrüche.

Von

Dr. **Eugen A. Pólya,**
Assistenzarzt.

Den Vorbedingungen einer erfolgreichen Radikaloperation können wir bei Nabelbrüchen am wenigsten entsprechen. Hohe Unterbindung des Bruchsackes, einer der wichtigsten Faktoren der Radikalheilung, ist hier überhaupt nicht ausführbar; verläßlicher Verschluß der Bruchpforte, Verhütung jedwelcher Infektion auch schwierig zu erreichen. Die Rigidität des Nabelringes, das karg bemessene plastische Material in seiner Umgebung ermöglichen einen Verschluß zumeist nur unter

größter Spannung der Nachbargebilde, die nötige Entspannung aber erfordert oft schwere Eingriffe. — Andererseits ist auch die Vermeidung der Infektionsgefahr eine schwierige Aufgabe. Die vollkommene Desinfektion der Haut wird durch die nur zu häufig vorhandenen dicken Falten, Ekzemen, Erosionen erschwert; der zumeist sehr fettreiche Panniculus besitzt gegenüber der geringsten Infektion eine sehr schwache Resistenz. Die beträchtliche Spannung und die hierdurch entstehende Nekrose der schwach ernährten Aponeurosen, die große Masse des versenkten Nahtmaterials tragen auch das ihrige zur Hebung der Infektionsgefahr bei und verzögern beträchtlich den Verlauf der etwa eingetretenen Eiterung. Auch die lange Dauer der Operation — verursacht durch die Schwierigkeiten bei der Versorgung des Bruchinhaltes und dem Verschlusse der Bruchpforte — spielt keine geringe Rolle im Zustandekommen der Wundkomplikationen.

Wenn wir die lange Reihe der zur Radikaloperation des Nabelbruches empfohlenen Verfahren durchmustern, sehen wir, daß sie entweder nur einen schwachen und inkompletten Verschluß der Bruchpforte ermöglichen, oder aber so kompliziert sind, daß sie eben hierdurch die Gefahr der Infektion, und somit diejenige der Lösung der angelegten Nähte und der Rezidive in sich bergen.

Die zum radikalen Verschluß der Nabelbruchpforte empfohlenen Verfahren können wir in folgende Gruppen zusammenfassen:

1) Einfache Vernähung des fibrösen Nabelringes mitsamt des gut hervorgezogenen Peritoneums (Kocher).

2) Spaltung des fibrösen Nabelringes der Fläche nach in zwei Lamellen, von denen der vordere mit der Haut, der hintere mit dem Peritoneum im Zusammenhang ist; hernach Vereinigung der Aponeurosewundflächen in der Mittellinie, wodurch die Linea alba bedeutend verstärkt und verdickt wird (Sänger, Lawson Tait).

3) Exzision des Nabelringes (Omphalektomie) samt dem Bruchsacke; die Bauchwand wird in vertikaler Richtung mittels durchgreifenden Nähten (Bruns) oder in Etagen vereinigt. Le Dentu näht in zwei Etagen; die erste Nahtreihe durchgreift Peritoneum, Muskel, Muskelscheide, die zweite vereinigt die Haut für sich allein. Condamin vernäht zuerst das Peritoneum mitsamt der hinteren Rectusscheide, dann die vordere Rectusscheide und zuletzt die Haut. Dejardin faßt sowohl bei der Naht der vorderen, wie auch der hinteren Rectusscheide den Muskel mit. Italia vernäht auch die geraden Bauchmuskeln in einer besonderen Etage.

4) Lucas Championnière läßt den fibrösen Nabelring intakt und versucht durch drei Reihen Nähte zwischen den medialen Rändern der Rectusscheiden eine flächenhafte Vereinigung zu erzielen.

5) Die Rectusscheide wird aufgeschlitzt und hernach das Peritoneum mit dem ihm anliegenden fibrösen Gewebe, dann die hintere Rectusscheide, ferner die Muskeln, die vordere Rectusscheide und endlich die Haut vermittels Etagennähten vereinigt (Quénu).

6) Biondi, Busse, Menge legen darauf Gewicht, daß die ver-



schiedenen Schichten bei der Etagennaht nicht in einer Richtung vereinigt werden, sondern sich kreuzen. — Sie vernähen die hintere Rectusscheide mitsamt dem Peritoneum, sowie auch die vordere Rectusscheide in querer, die Haut aber und den Muskel in vertikaler Richtung.

7) Die Bruchpforte wird mittels Lappen aus der vorderen Rectusscheide verschlossen. Heinrich nimmt den Lappen von der einen Seite, klappt ihn auf die andere herüber und fixiert ihn daselbst mit feinen Seidennähten. Maydl eröffnet die vorderen Scheiden beider Recti mittels eines nach außen konvexen Schnittes, so daß oben und unten nur eine 1 cm breite Aponeurosenbrücke zwischen ihnen bleibt. Diese Lappen werden aufpräpariert, ihre freien Ränder in der Mittellinie vereinigt; die folgende Nahtreihe bringt die lateralen Ränder der in der Rectusscheide befindlichen Inzision zusammen, diese Naht muß etwas auch vom Muskel mitfassen; Hautnaht.

8) Dauriac, Djakonoff und Stankow, ferner Mayo bilden Lappen aus den geraden Bauchmuskeln. Der Lappen wird entweder nur dem einen Rectus entnommen oder aber es werden die aus beiden Recti gebildeten Lappen miteinander in der Mittellinie gekreuzt. Krylow hebt die geraden Bauchmuskeln beiderseits aus ihren Scheiden heraus und kreuzte sie hernach. Ein Zwischenglied bildet zwischen den Methoden dieser und der früheren Gruppe das Verfahren von Bessel-Hagen. Er schlitzt beide Rectusscheiden ausgiebig auf, dringt stumpf in der Faserungsrichtung des Muskels vor und vereinigt die so gebildeten Muskelaponeuroselappen in der Mittellinie, so daß die Naht die Bruchpforte oben und unten bedeutend überragt. In dieser Weise entsteht im Muskel ein Defekt, welcher auch durch die Haut zu erkennen ist — sich aber nach den Erfahrungen des Autors schnell ausfüllt.

9) Sapiejko, Piccoli, Savariaud und Hartmann verdoppeln die Bauchwand in der Mittellinie in der Weise, daß sie nach ausgedehnter Aufschlitzung der Linea alba die beiden geraden Bauchmuskeln übereinander legen und dieselben in dieser Lage mittels verschiedenartigst angelegten Matrazennähten fixieren.

10) Gangitano macht eine Laparotomie durch den linken Rectus. Nach Entleerung des Bruchsackes stülpt er denselben gegen die Bauchhöhle vor und verschließt die Bruchpforte durch eine von innen angelegte Tabaksbeutelnaht.

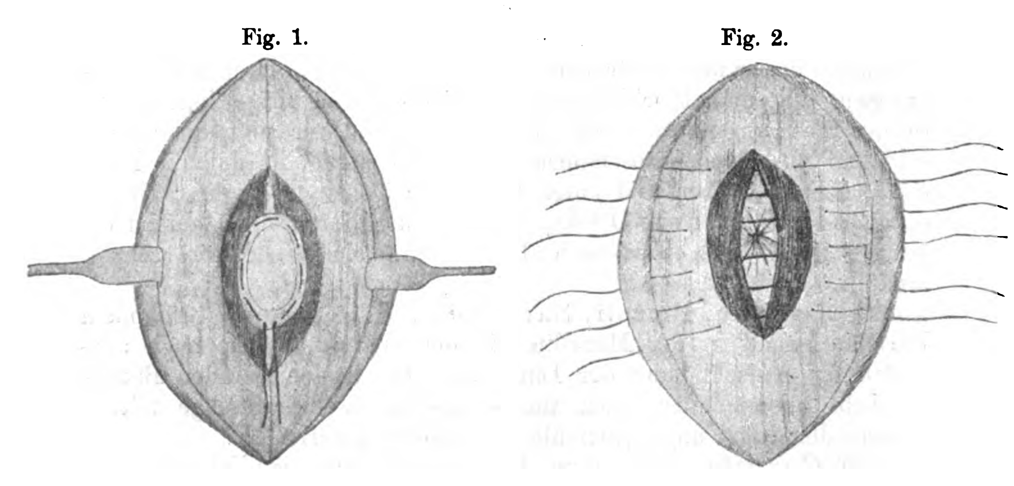
Aus dieser kurzen Zusammenstellung ist es ersichtlich, daß ein verläßlicher Verschluß der Nabelbruchpforte — wie schon früher angedeutet — komplizierte und schwere Eingriffe erfordert, diese aber zufolge der Verlängerung der Operationsdauer, der Größe der Verletzungen der benachbarten Gewebe und der großen Menge des versenkten Nahtmaterials die Primaheilung und hierdurch die Dauerhaftigkeit des erzielten Verschlusses bedeutend gefährden.

Diese Fehlerquellen suchte ich durch ein Verfahren auszuschalten, welches für den Verschluß mittelgroßer Bruchpforten eine augenschein-

lich ausreichende Sicherheit gewährt, zugleich aber auch einfach, rasch ausführbar ist und bei welchem nur ein einziger Faden versenkt wird.

Das Prinzip des Verfahrens ist dem des Maydl'schen analog. — Nach Versorgung des Bruchinhaltes vereinigen wir die Peritonealwunde in Längs- oder Querrichtung — wie es eben bequemer ist. Nun legen wir die Vorderfläche der Rectusscheiden durch Abpräparieren der Haut frei und eröffnen dieselben mittels eines Schnittes, welcher parallel dem medialen Rectusrande und in einer Entfernung von 1 cm von diesem verläuft. Die beiden Schnitte treffen sich in der Mittellinie. Der so gewonnene Aponeuroselappen wird aufpräpariert, so daß sein freier Rand nach oben sieht, und mit einem mittelstarken Faden nach der Art einer Tabaksbeutelnaht mehrfach durchgestochen. Durch Knüpfung des Fadens entsteht an der Stelle der Bruchpforte eine Pelotte. Nun werden die geraden Bauchmuskeln durch stumpfe Ablösung von der hinteren Rectusscheide stark mobilisiert und mittels durchgreifender Knopfnähte, die $2\frac{1}{2}$—3 cm voneinander entfernt angelegt sind, die Muskeln, vordere Rectusscheide und Haut vereinigt. Einige oberflächliche Zwischennähte in der Haut, wo nötig. Den Verlauf der Operation illustrieren die beiden Figuren.

Fig. 1. Fig. 2.



Dieses Verfahren habe ich auf der Abteilung des Herrn Prof. v. Herczel in zwei Fällen erprobt. Die 39- resp. 35jährigen Pat. litten an faust- resp. kindskopfgroßen Nabelbrüchen. Sowohl das Knüpfen der Tabaksbeutelnaht, wie auch die Koaptation der geraden Bauchmuskeln ging leicht und ohne besondere Spannung von statten. — Glatte Heilung in beiden Fällen.

Die Beobachtungszeit seit der Operation ist jedenfalls viel zu kurz, um über den Enderfolg ein Urteil zu gestatten, doch erhielten wir bei der Operation den Eindruck, daß die Bruchpforte sowohl durch den zurückgeschlagenen Rectusscheidelappen, wie auch durch die darübergelegte Muskulatur verläßlich verschlossen ist, und da wir dieses Ziel

mittels eines sehr einfachen und rascheren Verfahrens erreichen konnten, sei dieses den Fachgenossen bestens empfohlen.

II.

Die Radikaloperation der Hernia obturatoria.

Von

Dr. Max Sträter,

Chirurg in Amsterdam.

Bis vor kurzem existierte keine Methode zur Radikaloperation der Hernia obturatoria. Wohl sagte Graser im Handbuch der praktischen Chirurgie bei der Besprechung der Operation dieser Hernie: »Wenn möglich, schließt man immer die Radikaloperation an«; wie aber diese Radikaloperation auszuführen wäre, darüber wurde kein Wort verloren. Andere (u. a. Lejars in »Chirurgie d'urgence«) rieten, die äußere Öffnung des Canalis obturatorius zu schließen. Es ist aber klar, daß diese Maßnahme den Namen Radikaloperation nicht verdient, da das Foramen obturatorium internum und der ganze Canalis obturatorius offen bleiben.

Im vorigen Jahre hat nun Schwarzschild eine von Bardenheuer erdachte Methode publiziert[1], wobei die innere Bruchpforte durch einen aus der Innenfläche des Schambeines herausgemeißelten Knochen-Periostlappen verschlossen wird. Diese Methode hat meines Erachtens einige Nachteile. Erstens kommen die Herniae obturatoriae beinahe stets erst zur Operation, wenn sie inkarzeriert sind, und sind zudem ihre Träger meistens alte Leute, so daß es wünschenswert ist, die Operation mit lokaler Anästhesie vorzunehmen; und dazu ist diese Methode doch weniger geeignet. Zweitens muß die Bardenheuer'sche Methode von der Bauchhöhle aus geschehen, und müßte also dann jede Hernia obturatoria incarcerata, wenn man die Radikaloperation anschließen will, per laparotomiam angegangen werden. Nun wurde zwar in der oben zitierten Arbeit die Meinung ausgesprochen, die einzig mögliche Methode zur Radikaloperatien bei der Herniotomie von außen bestände in der Vernähung der Membrana obturatoria, und war dies mit ein Grund, die Laparotomie als Normalmethode der Hernia obturatoria zu empfehlen. Ich habe an anderer Stelle[2] ausführlich die Gründe auseinandergesetzt, warum meiner Meinung nach auch bei der Hernia obturatoria, ebenso wie bei den anderen Bruchformen, die Herniotomie von außen als Normalmethode anzusehen ist, und dort auch eine einfache Methode zur Radikaloperation angegeben. Da aber bekanntlich die in holländischer Sprache erschienenen Arbeiten im Auslande wenig oder keine Berücksichtigung finden, erlaube ich mir, meine Methode auch an dieser Stelle zu publizieren.

---

[1] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV.
[2] Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 1905. II, Nr. 4.

Ihre Technik ist wie folgt: Nachdem der Bruchsack so hoch wie möglich abgetragen ist, formt man einen $1^1/_2$—2 cm breiten, ungefähr 8 cm langen Lappen aus der medialen Seite des Musculus pectineus, dessen Stiel sich am Schambein befindet und der distalwärts etwas schmäler werden kann. Nahe seinem Ende wird dieser Muskellappen mit einem nicht zu dünnen Faden umschnürt (den man auch noch erst durch den Lappen führen kann). Die beiden lang gelassenen Enden des Fadens werden dann mittels einer Aneurysmanadel durch den Canalis obturatorius geführt und an der Innenseite aufgefangen, nachdem man nötigenfalls die Cruralpforte etwas erweitert und das properitoneale Fettgewebe stumpf von der Innenseite des Schambeines zurückgeschoben hat. Mittels dieser Fäden zieht man den Pectineuslappen durch den Canalis obturatorius, während man ihn gleichzeitig von außen in das Foramen obturatorium externum hineinschiebt. Die beiden Enden des Fadens werden kurz oberhalb des Poupart'schen Bandes durch die Aponeurose geführt und geknotet. Die Cruralpforte wird schließlich wieder soweit wie nötig verengt. Hierdurch ist also der ganze Canalis obturatorius durch den Muskellappen ausgefüllt, und wird der Zugang zum Foramen obturatorium internum verschlossen. Ich konnte mich an der Leiche davon überzeugen, daß an der Seite, wo ich diese Operation gemacht hatte, das Peritoneum parietale an der Stelle des Foramen obturatorium internum durch den dort befindlichen Wulst des transplantierten Muskellappens abgehoben war und nach der Bauchhöhle zu prominierte, während an der anderen Seite dort gerade eine kleine Einsenkung des Peritoneums, ein kleiner Peritonealtrichter bestand.

Ich möchte diese Methode hiermit zur Nachprüfung empfehlen.

---

1) **Bond.** On ascending currents in mucous canals, and gland ducts, and their influence on infection: a study in surgical pathology.

(Brit. med journ. 1905. July 29.)

B. benutzte in einfacher Weise die vielfachen Fisteln schleimhautbekleideter Hohlorgane, die in der Chirurgie zu therapeutischen Zwecken angelegt werden, um experimentell festzustellen, ob aufsteigende Flüssigkeitsströme entgegen der physiologischen Bewegungsrichtung unter gewissen Umständen vorkommen können.

In drei Fällen von inguinaler Kolostomie wegen Karzinomverschluß und in einem Falle von Coecalfistel nach Appendicitisoperation wurden Indigo- bzw. Karminsuppositorien in den Mastdarm eingeführt. Die Beobachtung lehrte, daß bei Ablenkung des Kotes durch Anlegung eines Kunstafters ein aufsteigender Strom vorhanden ist, der in etwa 24 Stunden kleinste Farbstoffpartikelchen vom Mastdarm zur Kolostomieöffnung führt; daß dieser Strom nicht aufgehalten wird durch ein stenosierendes Karzinom, solange der Verschluß nicht

vollkommen ist; daß auch im Falle einer nur teilweisen Kotablenkung durch eine seitliche Darmwandfistel dieser Strom vorhanden ist, und daß Abführmittel ihn nicht beseitigen; daß endlich der Strom 3 Tage braucht, um den Weg vom After bis zum Blinddarm zurückzulegen. Verf. schließt aus diesen Ergebnissen, daß der Träger des Farbstoffes in diesem aufwärtssteigenden Strom eine Schleimsekretion ist, welche peripher entlang der Schleimhaut nach oben zu antiperistaltisch sich bewegt.

Änlich wie beim Dickdarme liegen die Verhältnisse bei den weiblichen Geschlechtsorganen. In 22 Fällen wurde bis zu 20 Stunden vor der Laparotomie sterilisiertes Indigo bzw. Karmin vor den Muttermund gebracht. Fast in allen Fällen konnte der Farbstoff mikroskopisch in den Tuben, in einigen sogar bei der Operation auf den Fimbrienenden und dem benachbarten Bauchfell nachgewiesen werden. Nur in vier Fällen blieb der Versuch negativ: einmal verlegte eine doppelte Hydrosalpinx den Weg, einmal waren nur 16 Stnnden seit der Indigoverabreichung verstrichen, zweimal verhinderten die Menses den Aufstieg. In einem der beiden Pyosalpinxfälle waren die Eiterkörperchen vollgepfropft mit Farbstoff, ein Beweis, daß Eiterzellen noch nach ihrem Austritt in einen Abszeß zu aktiver Fähigkeit imstande sind. Es ergibt sich aus dem so bewiesenen Vorhandensein eines aufwärtsgehenden Sekretstromes im weiblichen Genitalkanal die Leichtigkeit der Infektion des Endometriums, der Tuben und des Bauchfells durch vaginale und uterine Eingriffe von nicht ganz unzweifelhafter Asepsis.

Zum Nachweis dieses umgekehrten Sekretstromes in den Gallenwegen benutzte B. die Indigodarreichung durch den Mund in vier Fällen von Cholecystostomie. Es gelang in allen Fällen im Sediment der aufgefangenen Galle Farbstoffteilchen mikroskopisch nachzuweisen, und zwar vom zweiten, dritten und sechsten Tage an. B. schließt aus diesen Versuchen auf einen umgekehrt-physiologischen Saftstrom in den Gallenwegen in Fällen, wo — wie bei der Cholecystostomie — die normale Sekretionsrichtung abgelenkt ist, und führt eine Reihe von Gründen an gegen den Einwand, daß der Farbstoff nach seiner Resorption auf dem Blut- oder Lymphwege mit der Galle wieder abgeschieden werde. Jedenfalls waren die nachweisbaren Farbstoffmengen sehr gering und nur nach gründlicher Prüfung zu finden.

In gleicher Weise gelang es B., diesen Rückstrom von Farbstoffteilchen bei geeigneten Fällen für Harnröhre, Blase und Harnleiter nachzuweisen. Die notwendige Bedingung war auch hier wieder ein Hindernis für den normalen Urinstrom oder seine völlige Ablenkung.

Für die Brustdrüse fielen die Versuche gleichfalls positiv aus in einem Falle von Karzinom und in einem von Mastitis chronica. Die mehrere Tage vorher in die Brustwarze eingeriebenen Indigoteilchen konnten nach der operativen Exzision der Mamma tief im Drüsengewebe nachgewiesen werden.

Die für eine Erklärung des so bewiesenen Rückstromes in den

verschiedenen Schleimhautwegen in Betracht kommenden Faktoren werden besprochen, und die Wirkung von Cilien, Muskelkontraktionen, Kapillarität als unwahrscheinlich abgelehnt mit Angabe der Gründe. Es bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten, die eigentliche dabei tätige Kraft aufzuklären. Die Bedeutung obiger Tatsachen für die Infektionsmöglichkeiten liegt auf der Hand. **W. Weber** (Dresden).

---

2) **S. Oberndorfer.** Über Multiplizität von Tumoren. (Aus dem pathol. Institut München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 31.)

O. weist nach, daß den Bedingungen, die nach Billroth erfüllt sein müssen, wenn man von einer primären Multiplizität des Krebses sprechen will, multiple Geschwülste nur selten genügen, daß sie dann wohl mit Sicherheit als multipel primär angesehen werden dürfen, daß aber in vielen Fällen die Forderungen nicht erfüllbar sind. Wie er zeigt, gibt es sicher primäre multiple Karzinome, die im Gegensatz zur ersten Forderung Billroth's ganz gleiche Struktur besitzen. Die zweite Billroth'sche Bedingung, daß die multiplen primären Geschwülste immer histogenetisch von ihrem Mutterboden abzuleiten seien, läßt sich vielfach nicht erfüllen, da das wuchernde Epithel oft schon im Beginn der Wucherung die spezifischen Eigenschaften der Mutterzellen nicht mehr erkennen läßt. Und die dritte Forderung, daß jede Geschwulst ihre eigenen Metastasen machen muß, scheitert an der Tatsache, daß gerade die multiplen Karzinome auffällig geringe Neigung zur Metastasenbildung überhaupt zeigen. — All dies gilt auch mit einigen Modifikationen für die anderen bösartigen Geschwülste, die Sarkome und Endotheliome.

Bezüglich der Entstehung primär multipler Geschwülste stellt sich O. auf den Standpunkt der Cohnheim'schen, von Ribbert erweiterten Theorie. **Kramer** (Glogau).

---

3) **Farmer, Moore, Walker.** On the behaviour of leucocytosis in malignant growths.

(Brit. med. journ. 1905. August 12.)

Verff. stellten ihre Krebsuntersuchungen an in den frühesten Entwicklungsstadien eines Mastdarmkrebses, eines Schornsteinfegerkrebses und eines Penisepithelioms und fanden dabei eine neue Erscheinung in den krebsig werdenden neuen Übergangsgebieten von der Geschwulst zum normalen Gewebe. Sie beobachteten nämlich, daß die in diesen Grenzregionen beginnender krebsiger Entartung oft in die Krebszellen eingewanderten bzw. aufgenommenen Leukocyten sich an vielen Stellen zugleich mit den Karzinomzellen im Zustande der Mitose befanden. Danach muß man die Theorie von einer phagocytotischen Beeinflussung beider Zellarten fallen lassen, weil die Leukocyten noch innerhalb der Karzinomzellen ihre Lebensfunktionen weiter ausüben. Die

Mitose zweier solcher Zellen ging vor sich teils mit Bildung besonderer Kernspindeln, teils gingen die Spindelfiguren beider Zellarten unentwirrbar durcheinander, so daß die neu entstehenden Tochterkerne aus einer Mischung von Gewebszellen und Leukocyten bestehen. — Außerdem stellten Verff. in den Übergangsgebieten von normalen Gewebszellen in Krebszellen eine ganz besonders große Anhäufung von Leukocyten fest.

W. Weber (Dresden).

---

4) **K. Vogel.** Zur Pathologie des Bindegewebes. (Aus dem St. Johanneshospital zu Bonn, chirurg. Abt.: Prof. Bier.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

V. glaubt, daß verschiedene Affektionen des Knochensystems (Skoliosen, Coxa vara, Genu valgum, Plattfuß), des Blutgefäßsystems (Aneurysmen, Venektasien), sowie Ptosen (Enteroptosen, Prolapse) und Hernien, auch andere Erkrankungen, die alle durch abnorme Nachgiebigkeit des bindegewebigen Stützgerüstes ausgezeichnet sind, nicht örtliche Leiden, sondern der Ausdruck einer universellen Bindegewebskrankheit, einer Konstitutionsanomalie des Stratum fibrosum des Körpers sind. Zur Stützung dieser Ansicht hat er zahlreiche Personen auf Koinzidenz mehrerer solcher Bindegewebsschwächen untersucht und hierbei bestätigt gefunden, daß vielfach die obengenannten Affektionen bei den Individuen gehäuft auftreten, z. B. bei Männern Varicen, Plattfüße, Hernien; bei Frauen Varicen, Plattfüße, Skoliosen, denen sich bei verstärkter Disposition bzw. vermehrter äußerer schädigender Einwirkung Enteroptose, Emphysem, Vorfälle usw. zugesellen.

Kramer (Glogau).

---

5) **Franke.** Ein Beitrag zur Frage der Kontagiosität des Erysipels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 182.)

F. berichtet über bakteriologische Untersuchungen zu dieser Frage, die er bei zehn Erysipelfällen des Altonaer Stadtkrankenhauses vornahm. Es wurden zunächst Nährböden geimpft, wenn mit einem sterilen Tupfer eine erysipelatöse Hautstelle energisch abgerieben war, ferner wenn mit einer sterilisierten Pinzette oberflächliche Hautschichten abgekratzt waren, sowie wenn ein erkrankter Hautteil skarifiziert worden, wonach das blutig-seröse Sekret verwendet wurde. Ferner wurde der Inhalt von Erysipelblasen sowie desquamierte Epidermisschuppen untersucht, endlich wurden Platten neben das Krankenbett gesetzt, um die sich ansiedelnden Luftkeime zu untersuchen. Keine der Proben, mit Ausnahme derjenigen, wo das Sekret der geritzten Haut geprüft war (vier Untersuchungen mit zweimaligem Streptokokkenbefund), ergaben Streptokokken, welche vielmehr nur in den Wunden selbst und deren Eiter zu finden waren. Hieraus läßt sich schließen, daß die Kontagiosität des Erysipels nicht sonderlich zu fürchten ist. Das Erysipel verbreitet sich in den tieferen Lymphbahnen der Cutis,

die festgefügten Epithelzellenlager können von seinen Keimen nicht durchdrungen werden, letztere also auch nicht frei in die Außenwelt gelangen. Nur bei kleinen Verletzungen der Hautdecke, wie z. B. bei Hautzerkratzungen, ist dies für möglich zu halten. Demgemäß bedürfen Erysipelkranke auch keiner Isolation, wenigstens soweit der erkrankte Hautteil durch einen Verband gut abschließbar ist. Nach der Abfieberung und im Schuppungsstadium ist der Kranke für seine Umgebung jedenfalls nicht mehr infektionsgefährlich.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

6) **F. Sauerbruch.** Die Chirurgie des Brustteiles der Speiseröhre. Eine experimentelle Studie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 405.)

Auf Grund umfangreicher topographisch-anatomischer Studien am Hund und am Menschen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß sich sowohl beim Hunde wie beim Menschen die Speiseröhre sehr gut von einem Interkostalschnitt aus erreichen lasse. Nach breitem Auseinanderziehen der Rippen erhält man eine gute Übersicht und kann genügend frei hantieren. Die Speiseröhre läßt sich unter Schonung der Vagi aus der Umgebung lösen und um einige Zentimeter vorziehen. Der Magen kann nach Einschneiden des Zwerchfelles in die Pleurahöhle verlagert und bis in die Höhe des Hilus, beim Hunde sogar noch etwas weiter, so bequem gezogen werden, daß er zu plastischen Zwecken verwendbar wird.

S. beschreibt dann im einzelnen die Technik der Operationen an der Speiseröhre, wie sie in der Breslauer Klinik in sehr großer Zahl an Hunden, in einigen wenigen Fällen auch an Menschen ausgeführt wurden. Es sind das die Ösophagotomie, die Ösophago-Gastrostomie, die Ösophagusresektion und die Ösophagusplastik. Am ausführlichsten werden die Ösophago-Gastrostomie und die Ösophagusresektion besprochen. Die Hauptschwierigkeit für beide liegt in der Ungeeignetheit der Ösophaguswand für die Naht. Ohne auf Einzelheiten einzugehen, sei nur soviel erwähnt, daß Verf. schließlich in der Verwendung des Murphyknopfes das Mittel fand, um auch unter diesen schwierigen Verhältnissen eine sichere Vereinigung zu erzielen, und daß zur Vermeidung jeder Naht die beiden Teile des Knopfes womöglich mittels einer Schlundsonde durch den Mund eingeführt wurden, um nur durch einen minimalen Schnitt zum Zwecke der Vereinigung der beiden Teile vorgestülpt zu werden. Der schädlichen Spannung der zu vereinigenden Teile wurde durch ausgiebige Vorziehung des Magens in die Pleurahöhle vorgebeugt. Es gelang mit Hilfe dieser im Lauf einer langen Reihe von Operationen allmählich ausgebildeten technischen Kunstgriffe eine Anzahl von Hunden sowohl nach Ösophago-Gastrostomie wie auch nach Ösophagusresektion am Leben zu erhalten.

Obwohl die bisherigen Operationsversuche am Menschen noch nicht sehr ermutigend sind, hält Verf. doch für die Zukunft die operative

Behandlung des Speiseröhrenkrebses für aussichtsvoll, da die Statistik ergibt, daß die Mehrzahl der Speiseröhrenkrebse in dem für die Resektion günstigsten unteren Drittel der Speiseröhre sitzen, und daß Metastasen verhältnismäßig spät auftreten.

M. v. Brunn (Tübingen).

7) **W. Nötzel.** Die Prinzipien der Peritonitisbehandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 514.)

Als die praktisch erreichbaren Ziele der Peritonitisbehandlung bezeichnet Verf. folgende:

1) Die Entfernung des bereits vorhandenen Eiters.

2) Die Beseitigung der Ursache der Eiterung.

3) Die Drainage von etwaigen gesonderten Abszessen, Eiterherden und Senkungen.

Bezüglich der Beurteilung der physiologischen Verhältnisse, welche für die Heilungsmöglichkeit einer Peritonitis maßgebend sind, weicht er in wesentlichen Punkten von den Anschauungen früherer Autoren ab. Zunächst betont er, daß man nicht von einer Resistenz und einem Resorptionsvermögen des Bauchfelles, sondern der Bauchhöhle sprechen müsse, daß man aber eine Höhle nicht mit Geweben vergleichen dürfe, sondern nur mit anderen Höhlen oder mit den Wunden in anderen Geweben. Die anerkannte große Resistenz der Bauchhöhle leitet er nun daraus ab, daß diese Höhle mit einem nur auf verhältnismäßig sehr kleine Strecken verwundeten Epithel ausgekleidet sei, während jede andere Wundhöhle von zerstörtem und in seiner Ernährung geschädigtem Gewebe umgeben werde. Als ein sehr wesentliches Moment für die Resistenz der Bauchhöhle sieht er zwar mit vielen anderen Forschern die außerordentlich große Oberfläche des Bauchfelles an, nun aber nicht in dem gewöhnlichen Sinne, wonach die große Resorptionsfähigkeit dieser großen Fläche es ist, was die Resistenz bedingt, sondern weil in der Bauchhöhle, wie nirgends sonst im Körper, die infizierenden Bakterien mit einer außerordentlich großen Gewebsfläche in Berührung kommen, die nun den Kampf mit ihnen aufnehmen kann. Aus der logischen Fortentwicklung dieses Gedankenganges ergibt sich, daß nichts schädlicher ist, als das Fehlen der Peristaltik, in welcher der Körper das Mittel besitzt, die Bakterien schnell in der Bauchhöhle zu verteilen. Der Entscheidungskampf zwischen dem Körper und den Bakterien wird in der Bauchhöhle ausgefochten, nicht erst nach der Resorption der Bakterien an anderen Stellen des Körpers. Würde eine Resorption von Bakterien in ausgedehnterem Maße stattfinden, so wäre das, ebensowie die Resorption der Bakterien von einer Wundfläche aus, ein dem Körper nachteiliger Vorgang. Resorbiert werden erst die Entzündungsprodukte; doch findet vorher in der Bauchhöhle eine Art Verdauung statt, wodurch Membranen, Eiterflocken usw. verflüssigt und für die Resorption geeignet gemacht werden. Ist die bakterizide Kraft des peritonealen Gewebes von den Bakterien überwunden, so wird die große resorbierende Oberfläche zur Angriffsfläche

und wirkt somit nachteilig. Aufgabe der Behandlung ist es, diese schädliche Resorption zu verhindern. Was also von infektiösem Material nicht gleich bei der Operation entfernt werden kann, soll nachträglich durch Drainage und Kochsalzspülung entfernt werden, soweit das möglich ist. Eine Grenze findet diese Reinigungsarbeit vielfach an den Verklebungen und Verwachsungen, in denen Verf. daher eine gewisse Gefahr sieht.

Als das beste und schonendste Mittel, die Bauchhöhle nach Möglichkeit von infektösem Inhalte zu befreien, empfiehlt Verf. die Spülung mit 0,9 %iger Kochsalzlösung, von welcher in dem Rehn'schen Krankenhaus, aus dem die Arbeit hervorgegangen ist, der ausgedehnteste Gebrauch gemacht wird. Der Drainage gegenüber verhält sich der Verf. insofern skeptisch, als er die Möglichkeit bestreitet, die Bauchhöhle zu drainieren in dem Sinne, wie man eine Abszeßhöhle drainiert, weil jedes derartige Bestreben durch die sich vordrängenden Darmschlingen und die peritonealen Verklebungen illusorisch gemacht wird. Immerhin hält er die in der üblichen Weise ausgeführte Drainage für wirksam, sofern man dafür sorgt, daß der Druck in der Bauchhöhle wieder hergestellt ist. Unter dieser notwendigen Voraussetzung ist es nicht unbedingt erforderlich, die Drainage am tiefsten Punkte, also etwa durch Mastdarm oder Scheide anzulegen; vielmehr ist dann auch die Möglichkeit einer Drainage bergauf gegeben.

Bei der Nachbehandlung legt Verf. großen Wert auf die Bekämpfung der Darmlähmung. Sobald es irgend angängig ist, soll die Peristaltik durch innere Mittel angeregt werden. Auch bei der Ernährung soll man nicht zu zaghaft sein mit der Darreichung durch den Mund. Die Notwendigkeit wiederholter Magenspülungen ist meist gleichbedeutend mit einer schlechten Prognose. Dasselbe gilt von häufig wiederholten Kochsalzinfusionen. Gegen allzu reichliche Kochsalzinfusionen verhält sich Verf. überhaupt wegen der Überlastung des Kreislaufes ablehnend. Ebenso ist Verf. gegenüber den häufigen Kampferinjektionen, besonders in Form des Kampferöls, sehr mißtrauisch. Zweckmäßiger erscheinen ihm wegen der besseren Resorbierbarkeit Kampfer-Ätherinjektionen. Den quälenden Durst der Peritonitiker soll man stillen, ohne das Erbrechen zu fürchten. Das Umbetten soll auf das unumgänglich notwendige Maß beschränkt werden.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

8) **Knott.** Drainage in diffuse septic peritonitis.

(Annals of surgery 1905. July.)

K. hält für das Wichtigste bezüglich der Operation der diffusen septischen Peritonitis die Hochlagerung von Rumpf und Kopf nach stattgehabter Operation, so daß Pat. in eine steilsitzende Lage kommt. Am raschesten werden die septischen Stoffe vom Zwerchfell aufgesaugt, während im Becken die Aufsaugung langsamer vor sich geht. Für gründliche Drainage des Beckens — bei Frauen durch die Scheide — muß gesorgt werden. Eine Eviszeration hält Verf. wegen des zu befürchten-

den Choks für schädlich. Die Operation soll so schnell als möglich ausgeführt werden; Spülungen mit heißem Wasser sind vorteilhaft.

Herhold (Altona).

---

9) **L. Championnière.** L'étiologie de l'appendicite, grippe et alimentation carnée.

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. ser. Nr. 27.)

Als unermüdliche Verfechter der Idee, daß die Appendicitis eine »neue Krankheit« — in dem Sinne, daß sie früher wesentlich seltener gewesen sei — darstelle und durch die Influenza und übertriebene Fleischkost so häufig und gefährlich geworden sei, hat C. eine Sammelforschung angestellt, die — natürlich — seine Ansichten wesentlich stützt. Jedenfalls bringt er eine ganze Anzahl neuer Dokumente bei, daß 1) seit dem Wiederauftreten der Influenza 1890 die Appendicitis in manchen Gegenden überhaupt erst häufiger beobachtet werde, und auch ganz allgemein Enteritis und Dyspepsien in größerer Masse und schwerer auftreten; 2) daß die Appendicitis in Gegenden, wo die vegetabilische Kost der Bevölkerung vorherrscht, fehlt oder sehr mild verläuft, während im gleichen Bezirke der Fleischkost huldigende Eingeborene und Eingewanderte von ihr heimgesucht werden, daß 3) bei vegetabilischer Kost auch dort die Appendicitis fehlt oder sehr selten ist, wo die Grippe heftig aufgetreten ist. Manche interessante Daten sind in der Mitteilung enthalten — auf ihre Wiedergabe muß trotzdem verzichtet werden, und angeführt sei nur eine statistische Notiz von Cuzines (Bukarest), wonach bei der vegetarischen Landbevölkerung eine Appendicitis auf 22000, in Bukarest selbst 1 auf 234 Kranke kommt. Daß die Deutung seiner Momente und statistischen Unterlagen große Vorsicht verlangt, und wohl auch in anderem als seinem Sinn erfolgen könnte, scheint C. selbst zu empfinden; denn er faßt die Schlußfolgerungen nicht allzu dogmatisch und empfiehlt als Prophylaxe besonders für alle, die an Influenza leiden oder gelitten haben, eine halb vegetabilische Ernährung und Abführmittel.

Christel (Metz).

---

10) **G. Singer.** Pseudoappendicitis und Ileocoecalschmerz.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

S. gelangt nach einer fesselnd und erschöpfend behandelten lesenswerten Studie über die große Reihe von Zuständen und Krankheitsprozessen, die das Symptomenbild einer förmlichen Pseudoappendicitis täuschend nachahmen können, zu folgenden Schlüssen:

Die Diagnose der Appendicitis und namentlich jener Fälle von chronischer Wurmfortsatzerkrankung, bei denen das Latenzstadium durch mehr oder minder charakteristische Einschnitte unterbrochen wird, ruht auf sehr schwankenden Grundlagen. Unsicher, unklar und lückenhaft erscheint uns oft das diagnostische Raisonnement bei der chronischen Appendicitis. Wenn uns Zeit und volle Gelegenheit zur Beobachtung geboten ist, wenn wir namentlich über alle Veränderungen

im Krankheitsbild eines Falles rechtzeitig in Kenntnis gesetzt werden, dann werden wir nicht selten in der Lage sein, die verschiedenen Wandelungen in der Symptomenfolge zu entwirren. So können Erkrankungen, die jahrelang in einer bestimmten Richtung gedeutet wurden, durch ein Ereignis plötzlich in anderer Weise qualifiziert und charakterisiert werden. Ein nach einem vermeintlichen Blinddarmanfall auftretender Ikterus, eine Gallenblasengeschwulst usw. kann jahrelang mit anscheinender Berechtigung für Appendicitis gedeutete Symptome über den Haufen werfen und damit die Handlungsweise des Arztes in ganz andere Bahnen drängen. Manifeste hysterische Symptome, die Phänomene, welche den funktionellen Neurosen eigentümlich sind, können bei bestimmten Anlässen für die kritische Würdigung eines Krankheitsbildes entscheidend in die Wage fallen.

Andererseits bürgt niemand dafür, daß z. B. die Gallensteinkolik auch unter der Flagge der Appendicitis nicht auch wirklich mit einer manifesten Wurmfortsatzerkrankung kombiniert ist, und ob die Hysterie und Neurasthenie im anderen Falle nicht durch eine im Hintergrunde versteckte wirkliche Wurmfortsatzerkrankung ihre besondere Betonung erhält. Im Zweifel wird es wohl ein Gebot der Zweckmäßigkeit sein, für die Annahme der schweren Erkrankung zu entscheiden.

Die Beachtung der von S. besprochenen Erfahrungen über die Mannigfaltigkeit der den Ileocoecalschmerz mit sich tragenden, aber mit der Appendicitis in Wirklichkeit nichts zu tun habenden Erkrankungszustände wird erst dann einen breiteren Raum in der praktischen Nutzanwendung finden, wenn wir gelernt haben werden, die wesentlichen und außerordentlichen Krankheitserscheinungen bei der Appendicitis, die Diagnose und Differentialdiagnose nach schärferen Momenten zu charakterisieren und abzuwägen. »Vorläufig müssen wir uns gestehen, daß mit dem bewußten Griff in die rechte Seite noch lange nicht alles abgetan ist.« **Hübener** (Dresden).

---

11) **Knapp.** A very simple method to locate the stomach.
(Med. news 1905. June 10.)

Die Lage der großen Kurvatur zu bestimmen, wendet Verf. das einfache Mittel an, die Kranken ein Glas Wasser trinken zu lassen und durch die Differenz des Temperaturunterschiedes, welche nach einer halben Minute etwa auftritt, palpierend die Grenze des Magens festzustellen. (Das Experiment ist in der Tat überraschend. Ref.)

Hofmann (Heidelberg).

---

12) **Rodman.** The surgical treatment of gastric ulcer.
(St. Louis med. and surg. journ. Vol. LXXXIX. Nr. 1.)

Während über die Indikation zu einem chirurgischen Eingriffe bei der Perforation des Magengeschwürs Zweifel nicht bestehen können, ist die Beantwortung der Frage, wann bei akuten Blutungen die Operation angezeigt ist, bedeutend schwieriger. R. glaubt, daß ein operativer Eingriff gerechtfertigt sei nach dem zweiten schweren Anfalle.



Dann werden auch die mancherlei üblen Folgen, wie Verwachsungen, Strikturen, Dilatation u. a., vermieden. Die Operation der Wahl sei bei Blutungen die Gastroenterostomie, und zwar die posterior; nur wenn Eile nottut, soll die anterior mit Knopf angelegt werden.

Die Pyloroplastik und die Gastroduodenostomie (»Finney's Operation«) verwirft Verf.

Bei der Behandlung des chronischen Geschwürs ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, daß ein großer Teil der Magengeschwüre den Boden zur Karzinomentwicklung abgibt. So fanden die Brüder Mayo bei 150 Fällen von operiertem Magenkarzinom in 60% »Magengeschwür« in der Anamnese. Deshalb empfiehlt Verf. bei chronischem Geschwüre den Erfolg einer 4wöchigen internen Kur abzuwarten und nach deren Versagen zu operieren. Im allgemeinen ist die Gastroenterostomie zu empfehlen. Bei Verdacht auf maligne Entartung, bei Vorhandensein ausgedehnter Verwachsungen und bei drohender Perforation verdient die Pylorektomie oder die Gastrektomie den Vorzug vor der einfachen Exzision. **Engelmann** (Dortmund).

---

13) **Friedrich.** Prinzipielles zur operativen Behandlung der Ileocoecaltumoren. Gleichzeitig ein Beitrag zur Symptomatik und Behandlung der Invaginatio coeci ins Colon transversum.

(Arch. internat. de chir. 1905. Vol. II. Fasc. 3.)

F. hat innerhalb von 2 Jahren nicht weniger wie zehn Ileocoecalgeschwülste behandelt, von denen je drei tuberkulöser bzw. aktinomykotischer und vier karzinomatöser Natur waren. Die guten Erfolge seiner Operationsmethodik veranlassen F. zu folgenden Bemerkungen:

Beim Resezieren der mit nur kurzem oder keinem Mesokolon behafteten Darmabschnitte droht vor allem von zwei Seiten Gefahr: Die Resektion in der Bauchhöhle ist schwieriger und gefährlicher, und das starke Zerren des Darmes kann zur Gangrän desselben führen.

Diese Gefahren werden bei der Operation von Ileocoecalgeschwülsten vermieden, wenn man prinzipiell von vornherein das Ileum mit dem Colon transversum anastomosiert und das dazwischenliegende Stück in großer Ausdehnung reseziert.

Der Verlauf der Operation ist kurz folgender:

Schnitt vom Rippenbogen bis nahe der Mitte des Poupart'schen Bandes. Durchtrennung des Dünndarmes 20—30 cm oberhalb des Blinddarmes und Einstülpung der Enden; das gleiche Verfahren am Colon transversum handbreit von der Mittellinie nach rechts; isoperistaltische Seit-an-Seit-Anastomose. Hierauf Entfernung verdächtiger Drüsen, Durchtrennung des Peritonealansatzes des Colon ascendens und Exstirpation des ganzen Zwischenstückes des Darmes; Naht der Peritonealblätter und Schluß der Bauchhöhle nach beschränkter Tamponade.

In analoger Weise empfiehlt F. bei den anderen Karzinomen des Dickdarmes vorzugehen.

Den zweiten Teil der Arbeit bildet die Schilderung eines äußerst instruktiven Falles von Invagination einer Ileocoecalgeschwulst in das Colon transversum.

Ein Mann von 36 Jahren, der außer einer »Unterleibsentzündung« im 16. Lebensjahre keine Krankheiten durchgemacht hatte, erkrankte an Schmerzen im Leibe, Durchfall und Erbrechen. Die akuten Erscheinungen gingen vorüber, und es blieben nur Schmerzen zurück, die in eigentümlicher Weise nachts fast immer genau um 2 Uhr unter Druck gegen das Herz auftraten und erst nach Abgang von Stuhl und Winden verschwanden. Bei mehrfacher Untersuchung fand man neben gespannten Bauchdecken eine Resistenz, deren Lage wechselte zwischen Epigastrium und linker Bauchhälfte; zuweilen glaubte man auch eine Darmsteifung, ebenfalls links, gefühlt zu haben. Mehrfache Probefrühstücke ergaben ganz wechselnde Resultate (stets aber Milchsäure!), und im Stuhle konnte Blut nachgewiesen werden. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf »krebsige Stenose des Colon, vermutlich im absteigenden Teile desselben« gestellt. Bei der Laparotomie fand sich jedoch folgendes: Das Colon ascendens schien zunächst zu fehlen, fand sich jedoch bald mitsamt einer Geschwulst in das Colon transversum invaginiert. Die Geschwulst saß an der Klappe, und das Colon ascendens hatte ein außerordentlich langes Mesenterium.

Nach der oben beschriebenen Methode wurde die Geschwulst reseziert und das Ileum in das Colon descendens eingepflanzt (um beide Flexuren zu umgehen). Die Heilung verlief reaktionslos. Die Geschwulst erwies sich als ein Schleimhautdrüsenkarzinom.

Der eigentümliche Symptomenkomplex war nun leicht zu erklären: die zirka 12—13 Stunden nach der Mittagsmahlzeit im unteren Ileum befindlichen Kotmassen stülpten die Geschwulst samt Colon ascendens in das Colon transversum ein, und die Desinvagination erfolgte dann nach Abgang von Stuhl und Winden. Das Erscheinen der Geschwulst in der linken Seite des Abdomen wurde durch die Länge des Mesenterium des Colon ascendens ermöglicht.

Die Tatsache der Lokalisation des Schmerzes auf die Gegend der Flexura sigmoidea ist bei Blinddarmaffektionen von Nothnagel, dem Verf. u. a. öfters beobachtet worden. Eine Erklärung für die auffallende Erscheinung gibt F. nicht. **Engelmann** (Dortmund).

---

14) **G. Jouanne.** Contribution à l'étude de l'origine hépatique des hémorrhoides.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1905.

Die Arbeit fußt auf der Anschauung, daß es bei den Hämorrhoiden sich um dilatierte Venen handelt, nicht um echte Geschwulstbildung.

Mit Dupré unterscheidet Verf. zwischen symptomatischen und idiopathischen Hämorrhoiden. Den drei Theorien der Entstehung, der kongestiven, mechanischen und infektiösen, stellt Verf. die Theorie von Gilbert und Lereboullet gegenüber, die der passiven Stauung im Pfortadergebiet infolge Leberaffektion den Hauptwert zuspricht. Eine Stauung im Pfortadergebiet führt bei den allenthalben klappenlosen Venen zuerst zu einer Dilatation der Venen in den abhängigen (ano-rektalen) Gebieten, dann erst zu einer solchen an Magen und

Speiseröhre, und schließlich zu den Erscheinungen des Kollateralkreislaufes, Ascites und Milzschwellung.

Bei einer genauen Untersuchung der Hämorrhoidarier wird man zu häufig Leber- oder Gallenleiden vorfinden, als daß man diese nur als zufällig nebeneinander bestehende Leiden erklären könnte. Andererseits findet man bei Leberleiden, auch latent verlaufenden, z. B. bei der von Gilbert und Lereboullet beschriebenen einfachen familiären Cholämie, sehr häufig Hämorrhoiden, wofür Verf. verschiedene Beispiele bringt. Von Gallensteinkranken leiden nach Gilbert und Lereboullet 85% an Hämorrhoiden. Diese Häufigkeit des Vorkommens bei Lithiasis beweist wieder, daß es sich bei letzterer nicht nur um eine Erkrankung der Gallenblase, sondern vielmehr um eine intrahepatische handelt.

Da 78% der Hämorrhoidarier leberleidend befunden wurde, legen Gilbert und Lereboullet gewissen Wert auf eine gründliche allgemeine Untersuchung. Als wichtige sichere Hinweisungen auf Leberleiden gilt ihnen neben den geläufigen auch eine Reihe anderer Erscheinungen, wie Xanthoderma, Melanoderma und Xanthelasma, weiter als weniger sichere Pruritus, Urticaria und sogar die Gänsehaut. Wichtig ist ferner außer der Urobilinurie auch die Indikanurie. Verf. weist weiterhin auf die wegen der Schmerzen und des Bluterbrechens mögliche Verwechslung einer Leberaffektion mit Magengeschwür. Gilbert und Lereboullet haben geradezu von einem Pseudoulcus gesprochen. Schließlich gilt als wichtiges Zeichen einer Lebererkrankung, die von Gilbert und Lereboullet sog. Opsiurie, Störungen des normalen Rhythmus der Harnentleerung, so daß z. B. nüchtern vielmehr Harn ausgeschieden wird als in der Verdauungszeit.

Bei der Bildung der Hämorrhoiden nehmen Gilbert und Lereboullet entgegen der Anschauung Quénu's, der die Gefäßwanderkrankung für das primäre hält, vielmehr an, daß die Dilatation der Venen das primäre, die Erkrankung der Venenwandung das sekundäre Moment sei. Die Dilatation wieder rührt lediglich vom Überdruck im Pfortadergebiet bei Lebererkrankung her.

Als letzten Beweis für die hepatogene Entstehung der Hämorrhoiden führt Verf. die Erfolge der Therapie an. Bei dieser ist die Massage der Leber nach Gilbert und de Frumerie als wichtigstes zu erwähnen. So soll z. B. die Lebermassage das erste Zeichen des gestörten Pfortaderkreislaufes, die Opsiurie, beseitigt haben. Auch sollen nach Massage der Leber sogar Hämorrhoiden geschwunden sein und Blutungen aus letzteren aufgehört haben.

In Übereinstimmung mit dieser Hypothese wird die hämorrhoidale Blutung als ein die portale Plethora verminderndes und deshalb nützliches Moment gehalten. Gilbert und Lereboullet haben nach solchen Blutungen eine Verkleinerung der Milzschwellung feststellen können. Immerhin können anhaltende Blutungen doch zu Anämie führen, und in diesem Falle muß man die Behandlung gegen die Hämorrhoidenknoten selbst richten. **E. Moser** (Zittau).

---

15) **P. Schlacht.** Die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden. Eine klinische Sammelstudie. 83 S. gr. 8.

Königsberg, Gräfe & Unzer, 1904. ℳ 2.—.

S. gibt eine systematische Zusammenstellung der bis November 1894 empfohlenen Operationsverfahren. Daß er damit vielen eine willkommene Belehrung geboten hat, beweist das schnelle Erscheinen der zweiten Auflage wenige Monate nach der ersten.

Die Reinbach'sche Theorie, die Hämorrhoiden als echte Gefäßgeschwülste aufzufassen, gewinnt offenbar immer mehr an Boden. Immerhin sind die Akten über dieses Thema noch nicht geschlossen.

Von den Operationsmethoden bespricht Verf. die in den letzten 25 Jahren darüber erschienenen Arbeiten. Es ist interessant zu lesen, welche Fülle verschiedener Verfahren angegeben ist. Neben ihren Vorzügen muß, so schließt Verf. seine Mitteilung, eine jede Methode noch ihre Nachteile haben; denn noch keiner ist es gelungen, sich allseitige Anerkennung zu verschaffen. Man wird gut tun, sich je nach dem Fall dieser oder jener Methode, eventuell in Kombination, zu bedienen. **E. Moser** (Zittau).

---

16) **W. Bain.** An experimental contribution to the treatment of cholelithiasis.

(Brit. med. journ. 1905. August 5.)

Durch Experimente an Hunden suchte B. zu erforschen, welche Veränderungen Gallensteine erleiden, wenn sie längere Zeit in eine normale Gallenblase eingeschlossen werden, und welches Schicksal sie haben, wenn zugleich mit ihrer Einbringung in die Gallenblase eine Cholecystitis künstlich erzeugt wurde. Außerdem wurde die Einwirkung verschiedener Medikamente auf eine Cholecystitis beobachtet. Im wesentlichen handelte es sich um eine Nachprüfung der Arbeiten von Harley und Barrett. Die Methode war folgende: In Narkose wurden den Hunden je zwei Gallensteine in die Gallenblase eingeführt nach Aufsaugung der Galle, und in einem Teil der Fälle die wieder verschlossene Gallenblase an die Bauchwand genäht, in einem anderen in die Bauchhöhle zurückversenkt. Zur Erzeugung einer Cholecystitis wurde da, wo es gewünscht wurde, eine Kultur vom Bacillus coli communis in physiologischer Kochsalzlösung vor Anlegung der letzten Naht in die Gallenblase eingespritzt und kurz vorher die Schleimhaut sanft abgeschabt zur Begünstigung einer Infektion. Die Tiere wurden 14 bis 70 Tage nach der Operation getötet, die Steinreste getrocknet und gewogen, der Zustand der Gallenblase untersucht. Die Ergebnisse aus diesen Experimenten waren kurz folgende: 1) Gallensteine werden in einer normalen Gallenblase in ungefähr 8 bis 9 Wochen aufgelöst. 2) Gallensteine werden in einer entzündeten Gallenblase nicht aufgelöst, sondern verlieren nur an Gewicht. 3) Gallensteine in einer entzündeten Gallenblase werden durch Ichthoform, Cholelysin, Olivenöl, Kalomel in keiner Weise beeinflußt, dagegen wird ihre Auf-

lösung anscheinend beschleunigt durch die schwefelhaltigen Wässer von Harrogate und durch eine Mischung von Urotropin und Iridin.

In praktischer Hinsicht ergibt sich also, daß es unsere Aufgabe sein muß, Mittel zu finden, um die Gallenblase aseptisch zu machen, damit die Galle ihre normale Funktion der Steinauflösung wieder übernehmen kann. **W. Weber** (Dresden).

Kleinere Mitteilungen.

17) **Bockenheimer.** Paquelin und Heißluftapparat mit komprimierter Luft.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1905. Nr. 6.)

B. hat den Gummiballon dieser Apparate durch einen Stahlzylinder mit komprimierter Luft ersetzt, die durch ein regulierbares Reduzierventil zuströmt. Die Einrichtung spart Personal und gestattet feinste Abmessung der Luftzufuhr und Hitze. **Gutzeit** (Neidenburg).

18) **Lagarde.** Un instrument destiné à faciliter les injections interstitielles de paraffine.

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. ser. Nr. 17.)

Das wesentliche an der neuen Paraffinspritze ist die Verwendung des Schraubendruckes, um Paraffin vom Schmelzpunkt bei 45° oder höher nach vorherigem Anwärmen in Form eines dünnen Fadens kalt unter die Haut zu bringen. Ein senkrecht auf dem Mantel befestigter Handgriff gestattet die kräftige Handhabung. Das sterile Paraffin wird in Glastuben vorrätig gehalten. In der Diskussion erinnert Hallopeau an die traurigen Nebenverletzungen durch falsche Ausbreitung (z. B. seitlich von syphilitischen Narben) und den Verlust des Sehvermögens durch Embolie, sowie das nachträgliche Verschwinden der Prothesen; Cornil an die chronische Reizung mit Bildung zahlreicher Riesenzellen, sowie die enge Anlagerung elastischen Gewebes in syphilitischen Narben, die dem Eindringen des Paraffins in die kleinen Interstitien sehr hinderlich sei. **Christel** (Metz).

19) **Bénaky.** Neuro-fibromatose généralisée avec molluscum pendulum de la moitié droite de la face et ptosis de l'oreille.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. Nr. 11.)

Verf. beschreibt einen eigentümlichen Fall, den er bei einem 40jährigen Manne beobachtete. Die rechte Wange hängt, losgelöst von ihrer Unterlage, schlaff herunter, ebenso das hypertrophische Ohrläppchen. In der Wangenhaut fühlt man zwei verschieden große Knoten, von denen der größere auf Druck empfindlich ist; ebenso ist das Ohrläppchen bei Berührung schmerzhaft. Der übrige Körper des Pat. weist gleichfalls zahlreiche kleine Fibrome und halbkreisförmige, in die Cutis eingelagerte, bis walnußgroße Knötchen auf. Eine größere Geschwulst am Steißbeine. Naevi pigmentosi und Naevi vasculares sind auch vertreten. Pat. will sämtliche Eruptionen von Geburt an gehabt haben.

Verf. hält das Auftreten der Fibromata mollusca pendula sowie die Ptosis des Ohres für Folgeerscheinungen der Dermatolyse. **Klingmüller** (Breslau).

20) **Le Roy des Barres.** Un cas de bourgeon charnu pédiculé de la plante du pied.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 67.)

Die sog. Botryomykome sind nach Verf. nichts anderes als gestielte Granulationsgeschwülste ohne spezifischen Charakter. Es wird ein Fall angeführt, bei dem die histologische Untersuchung gewöhnliche Granulationen ergab.

Ein 36jähriger Anamite trat sich einen Bambussplitter in die Fußsohle. Es entstand ein Geschwür, aus dessen Mitte sich auf einem dünnen Stiel eine erbsengroße, leicht blutende Geschwulst erhob. An der umgebenden Haut keine Sensibilitätsstörungen. Das Ganze wurde mit dem scharfen Löffel abgetragen und die Wunde mit Chlorzink leicht geätzt.

Es ist der erste Fall von Lokalisation dieser Affektion an der Fußsohle.

V. E. Mertens (Breslau).

21) **Harrington.** Case of endocarditis in typhoid fever, with infarctions of the spleen and kidney.

(Glasgow med. journ. 1905. August.)

Ein 7jähriger Knabe erkrankte am 4. November 1904 und wurde am 14. November ins Krankenhaus eingeliefert. Außer Roseola waren alle Symptome des Typhus in ausgeprägter Form vorhanden. Es kam zu Herzerscheinungen und plötzlich am 20. November zur Darmperforation. Zwei Perforationsstellen ober- und unterhalb der Valvula Bauhini wurden durch Naht verschlossen, doch starb Pat. 10 Stunden später.

Die Autopsie ergab geringgradige lokale Peritonitis, endokarditische Wucherungen der Mitralis, zahlreiche Infarkte in Milz und Nieren, Darmgeschwüre typhösen Charakters, subepikardiale Blutungen und andere Veränderungen. Die mikroskopische Untersuchung ergab nun, daß alle Veränderungen auf einen offenbar in Reinkultur vorhandenen Bazillus der Proteusgruppe zurückzuführen waren, der in großen Massen an den erkrankten Stellen vorhanden war. Damit stimmte auch überein, daß während des Lebens die Widal'sche Reaktion ausgeblieben war.

Die Untersuchung wurde durch den Bakteriologen Patterson ergänzt und bestätigt, leider nur auf mikroskopischem Wege, da Kulturen aus äußeren Gründen nicht anzulegen waren. **W. v. Brunn** (Rostock).

22) **S. F. Derjushinski** (Moskau). Zweimalige Rippenresektion mit Entfernung eines bedeutenden Stückes der Pleura und des Zwerchfelles wegen eines primären Pleurasarkoms und seines raschen Rezidivs. Heilung nach der Operation und Tod infolge raschen Rezidivs des Sarkoms.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

Der Überschrift ist hinzuzufügen, daß es sich um ein 20jähriges Mädchen handelte, das erste Rezidiv etwa 8 Wochen auf die erste Operation folgte, der zweite Eingriff 4 Monate nach dem ersten statthatte, bei welchem etwa $^2/_3$ der linken Zwerchfellhälfte entfernt wurden. Auffallend und mitteilenswert ist, daß dabei, obwohl auch noch ein großer Teil der linken unteren Brustwand reseziert wurde, weder während der Operation noch einige Tage danach sich Störungen der Atmung zeigten. Eine am 5. Tage nach der Operation auftretende Dyspnoe wird von D. auf die Bildung eines Abszesses in der Nahtlinie und die Entzündung benachbarter Pleuraabschnitte erklärt, da nach Eröffnung des Abszesses an demselben Abende die Dyspnoe verschwand. **Hübener** (Dresden).

23) **J. Strasser.** Schleimkrebs der Mamma mit Hämorrhagien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 23.)

Der Schleimkrebs der Mamma ist eine ziemlich seltene Erkrankung. Simmonds gab eine Zusammenstellung der bis 1884 beobachteten 20 Fälle, Lange (1896) 75. Von 100 Mammakarzinomen ist rund eins ein Carcinoma gelatinosum.

S. bereichert die Literatur um einen weiteren, in der v. Mosetig'schen Abteilung operierten Fall, der in diagnostischer Beziehung bemerkenswert ist, da er ursprünglich ein einfaches Hämatom der Mamma bzw. eine Mastitis vortäuschte.

Hübener (Dresden).



24) **Pegram.** Penetrating bullet wound of abdomen passing through the spleen, stomach, vertebra and spinal cord.

(Annals of surgery 1905. July.)

Einschuß (Revolver) in der linken vorderen Achsellinie über der linken 8. Rippe. Lähmung beider Beine, der Blase und Chokerscheinungen. Laparotomie. Das Geschoß war durch die Milz, das Mesokolon und den Magen gegangen, die Art. splenica war verletzt. Unterbindung dieser und Naht der verletzten Eingeweide. Ein später aufgenommenes Röntgenbild zeigte, daß das Geschoß im Rückenmarkskanal in der Gegend des 11. Brust- bis 4. Lendenwirbels lag; es wurde durch Laminektomie entfernt. Die Lähmungen der Blase und der Beine gingen zurück, wenn auch eine Schwäche und Entartungsreaktion der Beinmuskeln zurückblieb, welche auf den Eintritt einer Myelitis hinwies. Pat. vermochte mit Krücken zu gehen. Weitere Besserung wird erhofft. **Herhold** (Altona).

25) **F. A. Suter.** Über die operative Behandlung von Zwerchfellwunden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 341.)

Verf. berichtet über zwei Zwerchfellwunden, eine subkutane und eine perkutane. Die erstere war eine Pufferverletzung und komplizierte sich mit einer Zertrümmerung der linken Niere. Diese wurde exstirpiert und aus der thorakoabdominalen Wundhöhle durch Annähen des medialen Wundrandes des Zwerchfelles an die Brustwand eine rein abdominale Wunde gemacht. Heilung. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen Messerstich, der die linke Zwerchfellkuppel in einer Ausdehnung von 3 cm durchbohrt, die Serosa und Muscularis des Magens geritzt und eine doppelte Perforation der linken Flexura coli veranlaßt hatte. Zwerchfell und Darmwunden wurden genäht. Die Rekonvaleszenz war durch Vereiterung der Bauchwunde und ein rechtsseitiges Empyem gestört; schließlich erfolgte jedoch auch hier Heilung.

Während perkutane Zwerchfellverletzungen ziemlich häufige Komplikationen aller möglichen scharfen Verwundungen sind, stellen die subkutanen seltene Ereignisse dar. Sie kommen zustande durch plötzliche Erhöhung des intraabdominalen Druckes, besonders bei Sturz aus der Höhe, Auffallen eines schweren Gegenstandes auf den Körper, Verschüttetwerden, sowie bei Pufferverletzungen. Die Symptome der Zwerchfellverletzung sind oft sehr wenig deutlich, so daß häufig die Diagnose nicht gestellt werden kann. Viele Zwerchfellverletzungen bleiben infolgedessen sicher unerkannt und heilen ohne Operation aus. Nicht selten kommt es in der Folge zur Ausbildung einer traumatischen Zwerchfellhernie. Die Zwerchfellverletzung an sich gibt, wenn sie nicht zu umfangreich ist, keine unbedingte Indikation zur Operation ab; eine solche ist aber häufig durch die Nebenverletzungen geboten. Der thorakale Weg hat bisher bessere Resultate gegeben als der abdominale. Empyeme wurden nur bei 9,5% beobachtet.

M. v. Brunn (Tübingen).

26) **v. Hacker.** Subkutane Darmruptur.

(Aus dem Verein der Ärzte in Steiermark vom 13. Februar 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 27.)

Pat. hatte einen Deichselstoß vor den Bauch erhalten und kam 9 Stunden danach zur Operation. Es fand sich eine vollständige quere Zerreißung des Jejunum (25 cm unterhalb der Plica) und ein Riß im Mesenterium des Colon ascendens. Heilung. **Hübener** (Dresden).

27) **Rubritius.** Zwei operativ geheilte Fälle von subkutaner Darmruptur.

(Aus dem Verein deutscher Ärzte in Prag vom 3. Februar 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 12.)

1) 16jähriger Pat. fiel aus der Höhe des ersten Stockwerkes mit dem Bauch auf eine Stufe auf. Bei der 3 Stunden später vorgenommenen Laparotomie fand

man aus einer 1 cm breiten queren Perforation des Ileum geringe Mengen Kot ausgetreten und die Serosa leicht injiziert. Naht, Heilung.

2) 34jähriger Mann wird von einer Wagendeichsel gegen den Bauch gestoßen. 28 Stunden später Laparotomie. Fibrinös-eitrige Peritonitis, kleine, etwa 3 mm lange Perforation am Ileum. Naht desselben. Auftupfen aller Exsudatmassen aus der Bauchhöhle, keine Spülungen. Drainage. Heilung.

Hübener (Dresden).

28) **Clairmont** und **Ranzi.** Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung des subphrenischen Abszesses.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 25.)

Wiedergabe und epikritische Besprechung von zehn in der v. Eiselsberg-schen Klinik im Zeitraume von 4 Jahren an sieben Männern und drei Frauen beobachteten und operierten Fälle von subphrenischem Abszeß. In drei Fällen wurde als Ausgangspunkt der Wurmfortsatz angesprochen, viermal schien der Abszeß stomachalen Ursprunges zu sein; in einem Falle bildete ein Ulcus duodeni, in einem anderen ein tuberkulöses Geschwür des Colon ascendens die Veranlassung. Von den zehn Pat. starben zwei = 20% Mortalität; die günstige Ziffer (gegen 50% bei Maydl und 33,5% bei Grüneisen-Körte) ist besonders auf die frühzeitige Diagnose zurückzuführen. **Hübener** (Dresden).

29) **B. Sutton.** Acute salpingitis caused by an inflamed appendix.

(Brit. med. journ. 1905. July 15.)

Verf. berichtet über einen interessanten Fall von Pyosalpinx, in dem — wie die Beschreibung und zwei gute Abbildungen des Präparates ergeben — das Fimbrienende der rechten Tube, infolge einer primären akuten Appendicitis mit dem Wurmfortsatze verlötet, durch einen engen Gang mit dessen Lichtung in Verbindung stand und auf diesem Wege mit Eiter angefüllt worden war. Heilung.

W. Weber (Dresden).

30) **Behrend.** Case of typhoid fever complicated by appendicitis. Operation, recovery followed by pleurisy with effusion, pneumothorax. Ultimate recovery.

(St. Louis med. and surg. journ. Vol. LXXXVIII. Nr. 2.)

Das Zusammentreffen von Appendicitis mit Typhus ist ein seltenes Ereignis. B. hat folgenden Fall beobachtet:

Ein 33jähriger Mensch, der an einem schweren Typhus — die bakteriologische Diagnose fehlt — leidet, kollabiert am 23. Tage der Erkrankung. Unter Schüttelfrost stellt sich ein erheblicher Meteorismus mit starker Spannung der Bauchdecken ein. Wegen Verdacht der Perforation wird sofort laparotomiert und ein schwer erkrankter Wurmfortsatz — keinerlei Perforation! — gefunden und entfernt. Der Heilungsverlauf wurde durch eine Pleuritis mit Pneumothorax stark in die Länge gezogen.

Bemerkenswert ist noch folgendes: Bei dem Pat. war eine vollkommene Amnesie für den ganzen Krankheitsverlauf eingetreten; und ferner: aus der Umgebung des Kranken erwarben dessen Frau und eine Wärterin ebenfalls einen Typhus, den sie überstanden, während eine andere Wärterin an den Folgen einer Appendicitis trotz Operation zugrunde ging! **Engelmann** (Dortmund).

31) **H. Zade.** Über postoperativen arterio-mesenterialen Darmverschluß an der Duodeno-Jejunalgrenze und seinen Zusammenhang mit akuter Magendilatation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 388.)

Die genannte seltene Form des Ileus beobachtete Verf. bei einer 32jährigen Pat., bei welcher wegen Carcinoma pylori die Gastroenterostomia retrocolica post.



ausgeführt worden war. Das Vorhandensein einer Kompression des Darmes an der Duodeno-Jejunalgrenze durch einen straff gespannten Mesenterialstrang, der die Art. mesenterica enthielt, wurde durch die Sektion festgestellt. Der Magen war so gedehnt, daß er bei der autoptischen Eröffnung der Bauchhöhle diese ganz auszufüllen schien. Verf. verwendet diesen Fall zur Erörterung der noch strittigen Frage, ob bei dem arterio-mesenterialen Ileus die Kompression durch einen Mesenterialstrang oder die Magendilatation das Primäre sei. Er ist geneigt, eine chronische Magendehnung für das Primäre zu halten, welche dann zu einem arterio-mesenterialen Ileus führt, wenn auf dem Boden der chronischen eine akute Dilatation entstanden ist, was infolge von Ursachen geschehen kann, welche die Motilität des Magens schwächen. Die Rolle des Magens gegenüber den Darmschlingen ist dabei eine aktive, die Darmschlingen werden durch den dilatierten Magen ins kleine Becken herabgedrängt, das Mesenterium dadurch gespannt und gezerrt. Infolgedessen kommt es zu einer Kompression an der Duodeno-Jejunalgrenze, die wieder die Stauung des Mageninhaltes und dadurch die Dilatation des Magens vermehrt. An dem ausgebildeten Krankheitsbilde haben Magen und Mesenterium gleichen Anteil, so daß Verf. die Bezeichnung »gastro-mesenterialer Ileus« vorschlägt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

32) **Eve.** Two cases of duodenal ulcer treated by gastro-enterostomy.

(Brit. med. journ. 1905. July 15.)

E. berichtet über zwei Fälle von Duodenalgeschwür, in denen die vermutungsweise gestellte Diagnose erst nach einer Probegastrotomie durch Tastung von innen her bestätigt wurde. Beide Pat. wurden durch eine hintere Gastroenterostomie von ihren Beschwerden befreit. Zur Anlegung der Magen-Dünndarmfistel wurde die von vornherein an der hinteren Magenwand gemachte Öffnung für den Probemagenschnitt benutzt. **W. Weber** (Dresden).

33) **H. Haberer.** Ein operativ geheilter Fall von inkarzerierter Treitzscher Hernie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 10.)

23jähriges Mädchen, sonst stets gesund, erkrankte vor 4 Tagen nach Genuß einer Wurst ganz plötzlich unter zusammenziehenden Schmerzen in der Unterbauchgegend, welche sich zeitweilig steigerten. Diese Schmerzen lokalisierten sich bald in der Magengegend, ohne ihren Charakter zu verändern. Seit dem Tage der Erkrankung weder Stuhl- noch Windabgang. Seit 3 Tagen häufiges Erbrechen galliger Massen, starker Singultus. Aufnahme in die v. Eiselsberg'sche Klinik. Nach Ausheberung des Magens (Entleerung von 4 Litern gallig verfärbter, mit Wurstbröckelchen untermischter Flüssigkeit) fehlt jede Vortreibung des Bauches. Allmählich aber schwillt das Epigastrium wieder an, es zeigen sich deutliche, von links nach rechts verlaufende Darmsteifungen. Damit wird die Diagnose eines hohen Dünndarm- bzw. Magenverschlusses sicher. Als wahrscheinlichste bleibt »Inkarzeration einer retroperitonealen Hernie« übrig.

Bei der Operation (H.) gelingt es unter vielen Schwierigkeiten, den enorm dilatierten Nabel und das Colon transversum (zunächst nur teilweise) nach oben zu schlagen. Im Unterbauche finden sich drei bis vier wurmfortsatzdünne Dünndarmschlingen der hinteren Bauchwand angelagert, sonst keine in der Bauchhöhle. Serosa des Magens und der zu Gesicht gekommenen Dünndarmschlingen düster blaurot verfärbt. Das ganze restierende Dünndarmkonvolut liegt neben dem Duodenum nach links sich erstreckend im Recessus duodeno-jejunalis, der als große, bis hinter die Milz sich erstreckende, von Serosa überzogene Geschwulst imponiert. Das ebenfalls an den Recessus duodeno-jejunalis herangezogene Colon transversum läßt sich durch leichten Zug befreien, und nun zeigt es sich, daß das enorm geblähte Duodenum in der Geschwulst als zuführende Darmschlinge verschwindet, während die oberste der obenbesagten wurmfortsatzdünnen Dünndarmschlingen als abfüh-

render Schenkel herausgeht. Der inkarzerierende Ring wird durch die Plica duodeno-jejunalis gebildet, in deren freiem Rande die V. mesenterica inf. gelegen ist. Lösung durch abwechselnden Zug am zu- und abführenden Schenkel erweist sich als unmöglich. Es muß also die V. mesenterica inf. zwischen zwei Ligaturen durchtrennt werden, wobei sich die Lichtung als thrombosiert erweist. Nunmehr gelingt die Entwicklung der inkarzerierten Darmschlingen ohne Schwierigkeit. Partienweise Abtragung der vorderen (ventralen) Wand des Bruchsackes. Eingießung von 4 Litern steriler Kochsalzlösung in den Bauch. Schluß der Wunde.

In den ersten 5 Tagen reichlich diarrhoische Stühle (Folgeerscheinung der Thrombose) und leichte Temperatursteigerung. Von da ab glatter Verlauf. Heilung.

Narath, der ebenfalls über einen derartigen, mit Erfolg operierten Fall verfügt, konnte in der Literatur bloß sieben sichere Fälle von operierter Duodenojejunalhernie finden, von denen fünf tödlich endeten, und stellte fest, daß unter diesen sich nur ein einziger Fall von sichergestellter Hernia duodeno-jejunalis sinistra befindet (Rose), der gleichfalls unglücklich endete.

Hübener (Dresden).

34) **H. Lorenz.** Achsendrehung des Colon transversum.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung vom 24. Febr. 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Vorstellung einer 24jährigen Pat. aus der Hochenegg'schen Klinik, bei welcher eine weit herabhängende Schleife des Colon transversum um 180° um die Gekrösachse sich gedreht hatte. Der abführende Schenkel lag vor dem zuführenden. Laparotomie, zunächst Heilung. 14 Tage nach der Operation wieder Stenoseerscheinungen. Da eine Fixation seinerzeit absichtlich unterlassen war, glaubte v. Hochenegg an einen neuen Volvulus. Es fanden sich indessen nur vielfache Knickungen der unlängst gedreht gewesenen Schlinge, bedingt durch seither entstandene Verwachsungen und Schwielen. Es wurde eine Ileokolostomie nahe der Flexura lienalis mit völligem Erfolg angelegt. **Hübener** (Dresden).

36) **Tuffier.** A propos de la chirurgie du canal hépatique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 251.)

T. berichtet kurz über vier Operationen, die er bisher Gelegenheit hatte, am Ductus hepaticus auszuführen: zwei Hepaticotomien, eine Hepaticostomie, eine Hepaticogastrostomie. Die beiden ersten Operationen machte er behufs Entfernung von Steinen denen in anderer Weise nicht beizukommen war, und erzielte Heilung. Zur Hepaticostomie sah er sich gezwungen in einem Falle von Karzinom des Choledochus an der Einmündungsstelle des Cysticus; der Ikterus ging nach der Operation zurück; doch starb Pat. 8 Wochen später unter dem Bilde eines Pankreas-Duodenalkrebses. Im letzten Falle legte er wegen der gleichen Erkrankung eines umschriebenen Choledochuskarzinoms mit Erweiterung des Ductus hepaticus eine Anastomose zwischen diesem und dem Magen an. Bis zum 5. Tage ging alles gut, dann traten zwar gallige Stühle auf, gleichzeitig kam es aber zu einem profusen Gallenabfluß aus der tamponierten Bauchwunde. Die Gallenfistel blieb bestehen; Pat. magerte rasch ab und ging kachektisch zugrunde. Im gleichen Falle würde T. heute die Geschwulst exstirpieren und den Lebergang in eine Dünndarmschlinge einpflanzen; auf diese Weise glaubt er die die Haltbarkeit der Naht beeinträchtigende Zerrung besser vermeiden zu können. **Reichel** (Chemnitz).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 43. Sonnabend, den 28. Oktober. 1905.

Zelluloid als Wundverband.

Von
Dr. **Alex. C. Wiener**, Chicago.

Zelluloid, gelöst in Azeton, ist vor langen Jahren von Landerer in die orthopädische Praxis eingeführt worden zur Herstellung von Korsetts und Schienenhülsen. Merkwürdigerweise sind die hervorragenden Eigenschaften, die das gelöste Zelluloid als Verbandmittel besitzt, ganz übersehen worden. Nach 6 Jahre langer, vielseitiger

Verwendung des Zelluloids in der Wundbehandlung lege ich den Chirurgen das Mittel zur Beurteilung vor. Als Antiseptikum hat Zelluloid dieselbe Wertigkeit wie Alkohol. Der große Vorzug der Zelluloidverbände besteht darin, daß sie die Wunde luft- und wasserdicht abschließen. Zu gleicher Zeit werden die verbundenen Teile immobilisiert und vor äußeren Insulten geschützt. Ein Beispiel erhellt das am besten. Einem Arbeiter ist ein Finger verletzt, der Nagel ist abgerissen. Nach Ablauf der Frist einer Infektionsmöglichkeit wird die Wunde, einerlei ob sie genäht ist oder durch Granulation heilt, mit Xeroform oder Dermatol bestreut und mit Gaze bedeckt. Dann schüttet man auf eine Lage Watte, die der Größe des Gliedes angepaßt ist, das flüssige Zelluloid aus einer Glasflasche, preßt den Verband gegen den Finger an, um die Luft zu entfernen und legt eine Muslinbinde darüber, die dann nach Erhärtung des Verbandes teilweise entfernt werden kann. Ein solcher Verband mag bis zu 8 Tagen liegen bleiben. Der Arbeiter kann leichtere Arbeiten verrichten, da die Wunde wie von einem Panzer geschützt ist. Unter gewöhnlichen Umständen müßte, wegen der großen Empfindlichkeit dieser Teile, abgewartet werden, bis sich der Nagel wieder gebildet hat.

Zum Schutze von Laparotomiewunden ist das Mittel besonders geeignet. Am zweiten oder dritten Tage werden die feuchten Verbände entfernt. Es hat sich herausgestellt, daß mit Borsäurelösung getränkte Verbände Laparotomierten sehr wohltätig sind, dadurch, daß sie Schmerzen, Brechneigung und Tympanie zu vermindern scheinen. Das vergleichsweise bessere subjektive Befinden der Kranken in den drei ersten Tagen nach der Operation ist bemerkenswert. Bei normalem Verlauf wird dann am dritten Tage ein Zelluloidverband angelegt, der je nach der Lage des Schnittes die obere oder untere Bauchgegend deckt. So entsteht eine Art Schutzplatte für die Bauchdecken. Mit diesem Verbande verlassen die Pat. das Bett. Am 11. Tage werden die versenkten fortlaufenden Silkwormnähte entfernt. Mit einem erneuten Verband werden die Kranken entlassen. Wie zuverlässig der Zelluloidverband ist, erhellt aus dem folgenden Falle: Frau Clark, 61 Jahre alt, einer äußerst mageren und heruntergekommenen Pat. mit sehr schlaffen Bauchdecken, wurde eine übermannskopfgroße, linkseitige unilokuläre Ovarialcyste entfernt. Durch eine Unvorsichtigkeit bei dem ersten Aufsein wurde die Kranke von einer heftigen Bronchitis, an der sie früher öfters gelitten hatte, befallen; sie hustete stark und hatte hohes Fieber. Der Verband hielt ausgezeichnet der Bauchpresse stand, und konnte die Kranke, wie üblich, am 12. Tage nach der Operation nach Hause entlassen werden. Es sind 8 Monate seit der Operation verflossen, und hat sich bis jetzt noch keine Bauchhernie eingestellt.

Bei Anlegung von Magenfisteln oder bei Anwendung von Drainage läßt sich natürlich der Verbnd nicht verwerten. Aus Analogie ist zu schließen, daß in der Kriegschirurgie Zelluloidlösungen, auf dem ersten Verbandplatz zum Zusiegeln von Schußwunden gebraucht, von großem

Werte sein mögen. Doch da es an jeglicher Erfahrung fehlt, müßte in diesen Fällen das Mittel von zuständiger Seite nachgeprüft werden.

Es gibt eine Indikation, bei der die Zelluloidverbände unter Umständen lebensrettend wirken. Bekanntlich ist es fast unmöglich, von tuberkulösen Fisteln, namentlich von Senkungsabszessen, Mischinfektion fernzuhalten. Man schiebt nun in diese Fisteln einen Gazedocht, der mit konzentrierter Karbolsäure getränkt ist, soweit als möglich hinauf, bedeckt die Fistelöffnung mit einem Wattebausch, der mit absolutem Alkohol befeuchtet ist, und siegelt dann die Fistel mit Zelluloid und Watte zu. Diese Verbände können 8 Tage liegen bleiben, wenn die Sekretion nicht allzugroß ist. Öfters wie halbwöchentlich ist eine Erneuerung nicht nötig. Die versiegelnde Platte wird natürlich allmählich von dem Wundsekret durchtränkt. Deshalb ist es ratsam, den Verband noch mit einer dichten Schicht von Wundwatte zu umgeben. Ich verfüge über eine ganze Anzahl so behandelter und geheilter Fälle. Vor 3 Monaten wurde ein 3jähriger Junge von Dr. G. Newton meiner Klinik überwiesen, der eine Caries des 9., 10. und 11. Brustwirbels hatte. Am Rücken befanden sich in verschiedenen Stellen bis zur Sakralregion herunter nicht weniger als fünf Fisteln, denen reichlich übelriechender, grünlicher Eiter entströmte. Der linke Oberschenkel war durch den kontrahierten Ileopsoasmuskel senkrecht in die Höhe gezogen und enthielt einen das Scarpa'sche Dreieck vollkommen ausfüllenden Senkungsabszeseß. Außerdem befand sich ein isolierter Abszeß in der Scheide des Tensor fasciae. Die Temperatur war 39,6 C, der Puls rapid, klein, etwa 130 in der Minute; kein Eiweiß im Urin. Jede Fistel wurde mit einem mindestens 10 Tropfen konzentrierter Karbolsäure enthaltenden Docht ausgestopft, wobei kein Wert darauf gelegt wurde, bis an das Ende derselben zu gelangen, und darauf die Wunden versiegelt. Der Urin wurde bei jedem Verbandwechsel, der alle 4 Tage stattfand, untersucht, und sind bis jetzt noch keine Vergiftungserscheinungen aufgetreten. Die Fisteln am Rücken sind bis auf eine geschlossen; der Appetit ist normal; die Temperatur bis auf 37,5 C heruntergegangen; der Puls ist bedeutend kräftiger, 100 in der Minute. Inwieweit sich die Widerstandsfähigkeit dieses Jungen gehoben hat, erhellt aus dem Umstand, daß derselbe vor 3 Wochen Masern, kompliziert durch eine rechtseitige, lobuläre Pneumonie, ohne Schaden durchgemacht hat. Im Interesse der Kranken ist es zu wünschen, daß die Karbolsäurebehandlung der tuberkulösen Fisteln allgemeinere Anwendung findet als es bis jetzt der Fall ist.

Bei frischen Wunden, bei denen Infektion von Eiter- oder Tetanuserregern zu befürchten ist, kann von der Anwendung des Zelluloidverbandes keine Rede sein, ehe diese Gefahr überwunden ist. Dagegen werden mit gutem Erfolg Furunkel und Karbunkel der Haut mit kleinem Einschnitt eröffnet und ebenso behandelt wie die tuberkulösen Fisteln. Die Heilung ist immer glatt, und was den Pat. besonders angenehm ist, sie können ihren Geschäften nachgehen, ohne von der Kleidung belästigt zu werden.

Die Zelluloidlösung läßt sich mit allen in Alkohol löslichen Heilmitteln, vor allem den ätherischen Ölen, mischen. Bei solchen Hautkrankheiten, die den Abschluß von Luft benötigen, ist das Mittel als Medizinträger zu empfehlen. Die Zelluloidlösung ist dem gebräuchlichen Kollodium deshalb als Verbandmittel überlegen, weil die Verbände besser haften, fester werden, gegen Wasser und Säuren widerstandsfähig sind und vor allem bei Bewegungen nicht so leicht einbrechen. Bei Kindern ersetzen Zelluloidverbände die viel schwereren Gipsverbände vollkommen.

Die Lösung läßt sich leicht herstellen. Als Verschluß der Flaschen eignet sich am besten ein mit Gaze umwickelter Kork. Dieser läßt sich leicht an dem langgelassenen Gazezipfel herausziehen. Stöpsel von Glas oder Gummi sind unbrauchbar.

Wer sich einmal mit der einfachen Technik der Anwendung vertraut gemacht hat, der wird schon wegen der Ersparnis an Zeit und Material, die ja besonders in der Kassenpraxis ins Gewicht fällt, die Zelluloidlösung als Verbandmaterial nicht wieder verlassen.

In den Vereinigten Staaten hat die Lösung unter dem Namen »Bandageen« Markenschutz.

---

1) **F. Klaussner.** Über das psychische Verhalten des Arztes und Patienten vor, bei und nach der Operation. 33 S. Lex.-8.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1905. *M* 1.—.

Den »jungen Kollegen«, denen das Werkchen gewidmet ist, werden hier in gefälliger Darstellung viele beherzigenswerte Winke für ihr Verhalten den Pat. gegenüber gegeben, dem erfahrenen Chirurgen bietet es nichts Neues. Als Ergänzung chirurgischer Lehrbücher dürfte es den Studierenden sehr zu empfehlen sein.

Dettmer (Bromberg).

---

2) **Suter.** Les rebouteurs et les rhabilleurs de Genève et de la haute Savoie et leurs victimes.

(Arch. internat. de chirurgie 1905. Vol. II. Fasc. 3.)

Die außerordentlich eingehende und umfangreiche Arbeit bezweckt, auf die großen Gefahren hinzuweisen, die durch chirurgische Kurpfuscher in Genf und Umgebung den dortigen Kranken drohen. Diese Quacksalber werden dort bei chirurgischen Leiden unbedingt den Ärzten vorgezogen. An der Hand zahlreicher Fälle (ca. 70) weist Verf. nach, wieviel Schaden diese Kurpfuscher durch falsche Diagnosen und falsche Behandlung stiften, und wie viele Kranke der »Kunst« derselben zum Opfer fallen.

Engelmann (Dortmund).

---

3) B. Müller. Über den Einfluß der Gasgemischnarkosen auf die inneren Organe.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 2.)

Verf. stellte bei seinen umfangreichen und interessanten Versuchen fest, daß die Sauerstoff-Chloroformnarkose den Blutdruck vermindert. Derselbe sinkt konstant vom Beginne der Toleranz bis zum Ende derselben und steigt dann wieder, sobald der Kranke erwacht. Die Verminderung des Blutdruckes ist aber in der Sauerstoff-Chloroformnarkose bedeutend geringer als in der einfachen Chloroformnarkose. Die Blutdruckhöhe sinkt nie so tief unter die Normalblutdruckhöhe wie bei der einfachen Chloroformnarkose, und die Kurve macht bei der Sauerstoffgemischnarkose einen gleichmäßigen Eindruck. Ganz und gar fehlen aber die Remissionen auch bei der letzteren nicht; die Chloroformwirkung ist also nicht völlig zu korrigieren. Die Zahl der Respirationen erfährt beim Chloroform allein eine stärkere Verminderung gegenüber der Sauerstoffmischnarkose, in der sie sich mehr der Norm nahe hält.

Was nun die weiteren Einflüsse der Sauerstoffnarkosen auf den Organismus anlangt, so wurde folgendes festgestellt. Die Prozesse, die in den inneren Organen vor sich gingen, erwiesen sich hauptsächlich als Fettmetamorphose der Zellen der Organe. Im Groß- und Kleinhirn bestanden sie in Veränderungen der Gefäßwandungen und der Ganglienzellen. Doch sind diese Veränderungen ebenso wie die Einwirkungen auf das Herz geringer als bei der einfachen Chloroformnarkose. Es zeigten sich z. B. nach einer zweistündigen Mischnarkose beim Hundeherzen nur wenig geringgradige Affektionen, und man konnte nur feststellen, daß stellenweise die Querstreifung geschwunden war, und daß hier und da in der Gegend der Kerne einige Fettröpfchen zu finden waren, aber nur selten und in geringer Menge. Kein Zweifel besteht aber darin, daß Wiederholung der Narkose eine bedeutende Verschlimmerung der Fettmetamorphose hervorruft, und daß man auch im Sauerstoff kein Mittel besitzt, diese gefährliche Chloroformwirkung zu verhindern. Ähnliche Befunde weist Verf. auch für die anderen Organe — Lungen, Nieren, Leber — nach und zeigt, daß besonders starke Blutverluste die Disposition zur Fettmetamorphose wesentlich erhöhen. Der Nutzen des Sauerstoff-Chloroformgemisches beruht in der Beseitigung der Kohlensäure und in ihrer Ersetzung durch den Sauerstoff, welcher eine größere Widerstandskraft der einzelnen Zellen bewirkt. Außerdem tritt aber bei der Mischnarkose eine große Ersparnis an Chloroformgebrauch ein.

Bei der Sauerstoff-Äthernarkose ist eine depressive Einwirkung auf den Blutdruck nicht zu bemerken gewesen. Die Blutdruckhöhe lag immer über der Norm, so daß sich der Blutdruck stets als erhöht erwies, also gerade das Gegenteil wie bei der Chloroform-Sauerstoffnarkose. Die Äther-Sauerstoffnarkose wirkt auf die inneren Organe analog wie der einfache Äther, aber die Veränderungen sind doch

geringer, besonders die Salivation und die Fettmetamorphose. Der Unterschied wird auch hier durch ähnliche Faktoren hervorgerufen wie bei der Chloroform-Sauerstoffinhalation, nämlich durch den geringeren Ätherverbrauch, durch die Sauerstoffzufuhr und die Verhütung der Kohlensäureintoxikation. Die Äther-Sauerstoffnarkose besitzt eine geringere narkotische Kraft gegenüber der einfachen Äthernarkose, und zwar besonders bei widerstandsfähigen Personen, bei Alkoholisten usw. Um die Nachteile beider Narkosearten zu vermeiden, bedient man sich der kombinierten Sauerstoffinhalation mit Äther und Chloroform. Sie vermindert die toxischen Wirkungen sowohl des Äthers wie des Chloroforms. Sie erfordert aber die exakteste Dosierung, genaueste Beobachtung des Kranken und Kenntnis der Indikationen und Kontraindikationen für das einzelne Narkotikum. Durch die Vielseitigkeit der Narkose ist jedoch für jeden Pat. eine solche zu finden, die dem Organismus angepaßt ist und die denkbar geringste Gefahr bietet. Natürlich aber wird eine gewisse Gefahr bei der Narkose immer bestehen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

4) **H. Pringle, Maunsell, S. Pringle.** Clinical effects of ether anaesthesia on renal activity.

(Brit. med. journ. 1905. September 9.)

Verff. untersuchten den Einfluß der Äthernarkose auf die Urinsekretion nach Menge und Stickstoffausscheidung bei zehn aufeinander folgenden Pat., an denen Operationen verschiedener Art an den Extremitäten, Hals und Bauch ausgeführt wurden. Sie entnahmen den Urin mit Katheter kurz vor der Operation, beim Erlöschen des Cornealreflexes, nach der ersten, zweiten, dritten halben Stunde der tiefen Narkose, 6 Stunden nach der Narkose und zuletzt 24 Stunden später. Die Operationen verliefen aseptisch, die Stickstoffausscheidung wurde nach Kjeldahl bestimmt. Die sehr bemerkenswerten Ergebnisse waren in kürze, daß während der tiefen Narkose die Urinmenge abnahm bis herab zu 3,6% der normalen Ausscheidung vor der Narkose, und daß mit dieser Abnahme der Urinmenge Schritt hielt eine beträchtliche Verminderung der Stickstoffausscheidung bis herab zu 2,2% des Normalen, also fast bis zum völligen Aufhören. Diese Untätigkeit der Nierenepithelien scheint zuzunehmen mit der Länge der Narkose.

W. Weber (Dresden).

---

5) **F. Kuhn.** Perorale Tubagen mit und ohne Druck. I. Teil. Perorale Tubage und pulmonale Narkose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 148.)

6) Derselbe. II. Teil. Perorale Intubation mit Überdrucknarkose.

(Ibid. Bd. LXXVIII. p. 467.)

Tendenz der Arbeiten ist, das von K. konstruierte Instrumentarium für perorale Tubage der Luftwege allgemeiner bekannt zu machen

und seine weitreichende Verwertbarkeit für Narkose, auch für solche mit erhöhtem Luftdruck darzulegen. In der ersten Arbeit werden zunächst einige geschichtliche Notizen über ältere für gleiche Zwecke von früheren Autoren (O'Dwyer, Stockum, Doyen usw.) konstruierte Apparate unter Beifügung von Abbildungen gegeben, dann wird zur Besprechung von K.'s eigenem Apparate übergegangen. Diese Besprechung ist in der ersten Arbeit noch lückenhaft, insbesondere fehlen hier Abbildungen, die nebst den nötigen Beschreibungsergänzungen aber in der zweiten Arbeit zu finden sind. 1) K.'s Tubage »steht und fällt« mit dem von ihm als Luftzufuhrkanal benutzten Metallschlauchrohr, das luftdicht gebaut und biegsam in bekannter Weise aus spiralig aufgewundenen Metallstreifen herzustellen ist. Wichtig ist, daß dies Rohr tunlichst weit gewählt wird, um ausreichende Luftmengen passieren zu lassen; sodann ist ihm die nötige Länge zu geben, was beides von Fall zu Fall individualisierend geschehen muß. Nach K.'s Erfahrungen ist zu wählen:

für Frauen 10—12 cm Länge und 8—9 mm Weite des Rohres,
für Männer 12—14 » » » 9—10 » » » »
für Kinder 6—10 » » » 6—7 » » und mehr.

2) Oberhalb des in den Kehlkopf einzuführenden Röhrchens ist nach O'Dwyer eine ringförmige Sperre angebracht, die sein Weiterrutschen durch Anstemmung an den aryepiglottischen Falten zu hindern hat. 3) Das Kehlkopfkanülenende ist dreikantig, pyramidenförmig, mit je einer dreiekigen Öffnung auf jeder Dreiecksfläche. 4) Am labialen Ende des Rohres sitzt ein derber Ring zum Aufbeißen. Mit ihm verbunden sind zwei flügelförmige Fortsätze, die hinter die Zahnreihen kommen, ferner zwei Ringe zum Anbringen von Gummischleifen, mit denen der Apparat dem Pat. um Kopf und Hals geschlungen wird, sowie ein Bügel, der als Handhabe dient. 5) Zur Einführung des Apparates dient ein fester Mandrin, mit Handgriff und Olive versehen, welch letztere in die Lichtung des laryngealen Kanülenendstückes hineinpaßt. Soll narkotisiert werden, so wird an das Mundende des Apparates ein Verlängerungschlauch mit Trichtermaske zum Chloroformauftropfen angesetzt.

Über die Vorzüge, die der eingelegte Apparat für die Narkose hat, wird auf K.'s diesbezügliche Äußerungen auf dem diesjährigen Chirurgenkongreß verwiesen (unser Blatt, Kongreßbericht 1905 p. 34). Hervorzuheben ist nur, daß eine ganze Reihe von Narkosen bei schwierigen Operationsfällen berichtet werden, in denen der Apparat die besten Dienste geleistet hat.

In der zweiten Arbeit beschäftigt sich K. mit der Narkose unter erhöhtem Luftdruck, die nach den neuen Vorschlägen von Sauerbruch usw. vor allem bei den Thorax weit öffnenden Eingriffen zur Verhütung des Lungenkollapses zu dienen geschaffen ist. Hierzu bedarf es unter Einlegung des K.'schen Apparates erstlich einer Abdichtung der Luftwege bis auf den Luftzufuhrschlauch desselben. Einfacher und sicherer als die Anbringung durch Aufblähung tam-

ponierend wirkender Ballons, ähnlich wie bei Trendelenburg's Trachealtamponkanüle am laryngealen Luftschlauchende, ist eine Ausstopfung der ganzen Mund-Rachenhöhle mit Gaze, verbunden mit einem Verschluß der Mundöffnung durch eine Gummiplatte, die an Bügeln befestigt wird. Zugleich kann die Nase durch eine Klemmzange zugedrückt werden. Die Exspirationsluft des Pat. wird durch einen Schlauch unter Wasser geleitet mittels eines sog. »Wasserventils« (das nach dem Prinzip der pneumatischen Wanne gebaut ist). Der erhöhte Druck der zuführenden Luft wird durch eine Sauerstoffbombe geliefert, aus der mittels Ventil der Luftstromdruck dosierbar ist. Chloroform wird ähnlich wie beim Roth-Dräger'schen Apparat dem Sauerstoff hinzugefügt. Einschaltung etlicher Gummisäcke (Gummieisbeutel) zu Druckausgleichungen sowie eines Wassermanometers zur Kontrolle des Druckes in der Rohrleitung vervollständigen den Mechanismus.

Soweit ersichtlich, ist K. über ein endgültiges, bestes Modell für die Anordnung der Vorrichtung noch nicht im reinen, doch berichtet er über verschiedene Narkosen mit Überdruck bei Menschen, die gut verlaufen sind, und was die Leistungsfähigkeit dieser Narkosen für den Brustkorb eröffnende Eingriffe betrifft, verfügt er über mehrere Tieroperationen, wo der Lungenkollaps verhütet wurde.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

7) **R. Neuenborn.** Äthylchloridnarkose in der Hals-, Nasen- und Ohrenpraxis.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XVII. Hft. 1.)

Auf Grund eines Materials von 400 Fällen befürwortet Verf. aufs wärmste das Äthylchlorid zur Narkose bei kurzdauernden Eingriffen; er rühmt ihm vor allem nach: das schnelle Eintreten der Narkose ($^1/_2$—$^5/_4$ Minuten), das Fehlen des Exzitationstadiums bei hinreichender Übung, das schnelle Erwachen und Fehlen unangenehmer Nachwirkungen, so daß sich die Pat. auch nicht gegen eine eventuell notwendige Wiederholung der Narkose sträuben, wie es beim Bromäthyl vorkomme.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

8) **J. Mouret.** Sur une voie de communication directe entre l'antre mastoïdien et la face postérieure du rocher.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 1.)

Für eine erfolgreiche Therapie intrakranieller Komplikationen ist naturgemäß die Kenntnis der möglichen Verbreitungswege von Bedeutung. Darum verdient die vorliegende auf Grund der Untersuchung von 50 Schläfenbeinen beruhende Studie Beachtung. Verf. untersuchte das Verhalten der Fossa subarcuata und des Canalis petro-mastoideus. Die ausgedehnte Fossa subarcuata des Neugeborenen ist beim Erwachsenen durch einen intrapetrösen Kanal repräsentiert (mit translabyrinthären Verlauf), dessen extrapetröse Öffnung durch

eine kleine Grube dargestellt wird, die Fossa subarcuata des Erwachsenen. Die Fossa subarcuata des Neugeborenen finde sich gegewöhnlich am Übergange der oberen zur hinteren Pyramidenfläche, der Grund der Grube werde durch die mediale Antrumwand gebildet, bedeckt werde sie von der Dura entsprechend dem Rande des Tentorium cerebelli; von jener gehe ein fibröser Strang mit bedeutenden Gefäßen hinein; durch Verknöcherung verschwinde sie allmählich, und hänge die Lage beim Erwachsenen davon ab, an welcher Fläche die Verknöcherung zuerst rascher fortschreite. Der Grund der Grube, der beim Neugeborenen mit dem periantralen Knochengewebe in Kontakt bleibt, erhält sich als Canalis petromastoideus. Dieser liegt inmitten oder unter den petrösen Zellen der oberen Wand des Meatus internus, ohne mit ihnen zu kommunizieren. Jenseits der Meatusgegend verbreitet sich der Kanal in das Labyrinthmassiv, verläuft unter dem oberen und über dem horizontalen Bogengang und endigt im Antrum, Aditus oder periantralen Zellen. Meist verläuft er geradlinig von außen nach innen oder entsendet ein oder zwei Zweige in die Pyramidenfläche. So bildet er den Vermittler von Antrum einer- und Dura resp. Sinus petrosus superior, lateralis und Cerebellum andererseits.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

9) **Goldmann.** Röntgenaufnahmen der Stirnhöhlengegend.

(Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen 1904.)

Als ein diagnostisches Hilfsmittel diene die Röntgenaufnahme der Stirngegend; wenn der Kranke mit der Stirn auf die photographische Platte gelegt werde, die Aufnahme also im antero-posterioren Durchmesser des Schädels erfolge, so erhalte man Kenntnis, ob Pat. eine Stirnhöhle besitzt, ob die beiden Höhlen gleichmäßig entwickelt, ob vollständig oder unvollständig voneinander getrennt sind, ob knöcherne Lamellen einzelne Teile abtrennen usw. Verf. hofft, daß die Diagnose der in die Schädelhöhle perforierenden Stirnhöhleneiterungen durch die Röntgenaufnahme möglich werde; so demonstriert er eine vor der Operation diagnostizierte epidurale Eiterung bei Schädelkaries, die sich als deutlicher Schatten um den Knochendefekt abhebt. Bei Aufnahme im bitemporalen Durchmesser deckten sich gegenseitig die Nebenhöhlen und entstehe so ein wenig anschauliches Bild.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

10) **E. Lombard.** Des indications opératoires dans quelques formes cliniques et anatomiques des sinusites frontales.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 21.)

Während ungefähr bis zum Jahre 1893 nur bei drohenden Komplikationen oder Fistelbildungen operiert wurde, ist die in Rede stehende Frage seitdem durch die Arbeiten von Luc, Kuhnt, Jansen usw. in Fluß gekommen. In seinen pathologisch-anatomischen Erörterungen folgt Verf. genau der Einteilung, die Hajek in seiner

ausgezeichneten Monographie gibt. Die Indikation zur Operation bei akuten Fällen bestehe einmal, wenn bei hoher Virulenz eine enorme Schwellung der Höhle und des Canalis naso-frontalis bestehe, oder bei anatomischen Besonderheiten es zu einer vollkommenen Retention komme, und intranasale Behandlung nicht zum Ziele führe. Bei den chronischen Fällen operiert Verf. einmal bei eitrigen, alten Empyemen mit mutmaßlichen Knochenveränderungen, aber auch bei chronischen katarrhalischen, mit kaum passierbarem Meatus und heftigem Kopfweh. Ferner natürlich bei Fistelbildung und Komplikationen. Sodann beschreibt L. die bei der Operation in Betracht kommenden anatomischen Besonderheiten und die Prinzipien der verschiedenen Methoden. Sehr dankenswert ist der Abschnitt über die Ursachen der Mißerfolge nach der Operation; dieselben können beruhen a. auf Allgemeinerkrankungen, b. auf lokalen Ursachen; und zwar kann die Operation ihren Zweck verfehlen, weil ein erkrankter Knochenherd übersehen wird, oder infolge intranasaler Maßnahmen eine Reinfektion erfolgt oder eine benachbarte Sinuserkrankung fortbesteht; eine Verschlimmerung kann eintreten infolge Frontalphlegmone, Sinusitis der gegenüberliegenden Seite, Osteomyelitis des frontale, endokranieller Komplikationen. Die Erkrankung des Stirnbeines könne von einem septischen Herde vermittels Knochenkanälchen erfolgen. Die Kritik der einzelnen Methoden kann natürlich nur sehr allgemein gehalten sein. Bei akuten Fällen empfiehlt Verf. die Methode von Ogston-Luc mit teilweiser Resektion der vorderen Wand und Drainage nahe der Nase. Übrigens hält er die Frage der Operationsmethode für noch lange nicht entschieden.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

11) **Gerber.** Prinzipien der Kieferhöhlenbehandlung.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XVII. Hft. 1.)

Mit Recht betont Verf., die Unzahl der Methoden und Modifikationen zur Behandlung der Kieferhöhleneiterungen beweise zur Genüge, daß noch kein allgemein befriedigendes Verfahren gefunden sei. Dem in letzter Zeit noch am meisten anerkannten Verfahren von Caldwell-Luc hafte der große Mangel an, daß die untere Muschel ganz oder zum größten Teil geopfert werden müsse und dies eine lästige Borkenbildung zur Folge habe. G. hat nun schon vor Caldwell-Luc ein ähnliches Verfahren an seiner Klinik geübt und durch Alsen beschreiben lassen, das den erwähnten Mangel vermeidet. Da es trotz eines deshalb geführten Prioritätsstreites nicht genügend beachtet worden sei, kommt er nochmals auf die Vorzüge seiner Methode zurück. Nach breiter Eröffnung der Fossa canina und Anlegung einer großen Gegenöffnung im mittleren Nasengange vernäht er die Schleimhaut der Fossa canina. Dem Vorwurf, daß die Gegenöffnung sich nicht am tiefsten Punkte befinde, halte er entgegen, daß er mit Kümmel darauf nicht so viel Wert lege; denn einmal wechsle die »tiefste« Stelle mit der jeweiligen Körperlage, ferner sei der untere

Nasengang keineswegs der tiefste Punkt (besonders bei stark ausgebildeter Alveolarbucht; Ref.), endlich hänge die Gesundung einer entzündeten Kieferhöhle noch von ganz anderen Faktoren, als von der Lage der Öffnung ab. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

12) **A. Denker.** Zur Radikaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XVII. Hft. 2.)

Der Mangel einer absolut verläßlichen Radikaloperation derjenigen chronischen Kieferhöhlenempyeme, welche konservativer Behandlung oder kleineren chirurgischen Eingriffen trotzen, zeitigt fortwährend neue Vorschläge. Eine Zeitlang schien es, als ob die Methoden nach Caldwell-Luc, Gerber, Bönninghaus allgemein Anerkennung finden sollten; das Prinzip derselben besteht bekanntlich in breiter Eröffnung der Fossa canina, Gegenöffnung in der lateralen Nasenwand im Bereiche des mittleren oder unteren Nasenganges, und Schleimhautnaht in der Fossa canina; die Öffnung nach der Nase wird durch einen in die Höhle gelegten Schleimhautlappen gesichert. Indessen folgten bald neue Vorschläge: P. L. Friedrich veröffentlichte seine Methode, die den Weg nicht submukös nimmt. Friedrich umscheidet den Nasenflügel, setzt einen Schnitt senkrecht nach unten außen darauf und entfernt dann, vom unteren Teile des lateralen Randes der Apertura piriformis beginnend, den Teil des Os maxillare, in den faciale und nasale Kieferhöhlenwand auslaufen, reseziert noch ein Stück der facialen Higmorshöhlenwand und entfernt, am Boden der Höhle sich haltend, die laterale Nasenwand in Höhe von 1 cm und in Länge von 3 cm; unter Umständen wird ein Teil der unteren Muschel geopfert. Der Tampon wird zur Nase geleitet, die äußere Wunde vernäht; Entstellung wurde nicht beobachtet. Kretschmann legt submukös auch die Umrandung der Apertura piriformis frei, löst die Schleimhaut des unteren Nasenganges von der Unterlage ab, läßt aber den lateralen Rand der Apertura piriformis stehen aus Furcht vor einer Entstellung; die orale Wunde läßt er sich langsam unter steter Kontrolle der Höhle schließen. D. hat nun die Operation so ausgeführt, daß er sich die Vorteile jeder Methode zu Nutze gemacht, indem er submukös operiert und den lateralen Rand der Apertura piriformis fortnimmt; so wird eine möglichst gute Übersicht, wie sie bei Caldwell-Luc fehlte, erreicht, und die äußere Narbe des Friedrich'schen Verfahrens vermieden. Verf. beschreibt genau sein auf der Kombination der genannten Methoden aufgebautes Verfahren und berichtet über drei mit günstigem Ausgang operierte Fälle. Ref. kann die guten Erfahrungen D.'s an fünf operierten Fällen durchaus bestätigen. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

13) **Körte.** Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber. Mit 16 Abb. im Text und 11 Tafeln. XII, 440 S.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1905. ℳ 18.—.

In dieser, der deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewidmeten Arbeit teilt Verf. seine persönlichen Erfahrungen auf dem im Titel genannten Gebiete mit, welche er vom Jahre 1890 bis August 1904 im Krankenhaus am Urban und in der Privatpraxis sammeln konnte. Sie stützen sich auf Beobachtungen und Eingriffe an 487 Fällen, deren Krankengeschichten mit allem Wissenswerten im Anhange nach Gruppen geordnet zusammengestellt sind und im Texte nur dort, wo es zur Illustration nötig erschien, mitgeteilt werden.

Wer sich mit Leberchirurgie beschäftigt, wird das Werk im Original lesen; Ref. beschränkt sich daher auf eine Hervorhebung seiner wesentlichen Gesichtspunkte. Der Häufigkeit des Auftretens entsprechend bezieht sich der größte Teil des Buches und der Fälle auf die Krankheiten der Gallenwege, insbesondere die Cholelithiasis, von der allein über die Hälfte des Textes und zwei Drittel der Krankengeschichten handeln.

In der Einleitung (Kapitel I) bespricht K. die Entstehung, die Bildungsstätten, das Schicksal der Gallensteine, die Erscheinungen, welche sie verursachen, und erörtert die Indikationen, den Zeitpunkt und die Erfolge ihrer chirurgischen Behandlung. Da die einfache, reguläre (Naunyn) Cholelithiasis unzweifelhaft durch innere Mittel zur Heilung oder Latenz gelangen kann, nur bei einer Minderzahl der Pat. die gefährlichen Folgen des Leidens entstehen, ein Übersehen von Steinen selbst bei großer Sorgfalt und Erfahrung nicht ausgeschlossen ist, eine wirkliche Neubildung, besonders wenn die Gallenblase erhalten bleibt, wenn auch selten, vorkommt (Kapitel IV), so hält K. eine prinzipielle Frühoperation im vorbeugenden Sinn in dem Stadium, wo eine direkte Gefahr noch nicht besteht, nicht für berechtigt, obwohl sie im ganzen ungefährlich ist. Auch können selbst nach den einfachsten Eingriffen am Gallensystem Verwachsungen der Gallenblase oder der Leber mit den Nachbarorganen zurückbleiben und Beschwerden machen. K. ist deshalb bei der Cholelithiasis ohne Entzündung mit der Operation im allgemeinen zurückhaltend, während er sie bei allen entzündlichen Formen und beim Choledochusstein rückhaltlos empfiehlt, da hier immer mehr oder weniger große Gefahren drohen, die ohne Rücksicht auf ein späteres Rezidiv oder postoperative Verwachsungsbeschwerden dringend Beseitigung erfordern. Als absolute Indikationen zur Operation gelten K.: die akute infektiöse Cholecystitis auch im akuten Stadium, die rezidivierende Cholecystitis, wenn die Anfälle sich häufen und die Gallenblase auch in der Zwischenzeit schmerzhaft bleibt, das chronische Empyem der Gallenblase, der chronische Steinverschluß des Choledochus mit und ohne Entzündungen und alle eitrigen Prozesse in der Umgebung der Gallenblase sowie in der Leber. Relative Indikation ist der Hydrops der Gallenblase, wobei

die Beschwerden und entzündlichen Reizungen den Ausschlag geben. Bei der chronischen rezidivierenden Cholelithiasis ohne erhebliche Entzündungserscheinungen wird die operative Behandlung dann eintreten, wenn alle internen Mittel und die Geduld des Kranken erschöpft sind. Auf körperliche Arbeit angewiesene werden sich eher zu ihr entschließen als Leute, die sich schonen und pflegen können.

Für den Ausgang der Gallensteinkrankheit ist von entscheidendem Werte der zugrunde liegende Krankheitsprozeß. Die Hauptgrundsätze jedes chirurgischen Eingreifens: Entfernung der Steine und des infektiösen Inhaltes aus Gallenblase und -gängen, sowie Sorge für Ableitung etwa nachgebildeten infektiösen Sekretes lassen sich auf verschiedenen Wegen durchführen. Es ist aber für die Prognose ein großer Unterschied, ob eine Cystektomie oder Cystostomie bei einfacher Cholelithiasis oder wegen akuter infektiöser Cholecystitis ausgeführt wird, ob bei einer Choledochotomie klare Galle oder getrübtes, infektiöses Sekret im Choledochus oder Hepaticus vorhanden ist. K. gruppiert deshalb sein Material nach der Art der vorliegenden Erkrankung und nicht nach der Operationsmethode, wie das früher, solange man ihr noch maßgebende Bedeutung für den Ausgang beilegte, üblich war. Dadurch gelangen anatomisch und klinisch gleichwertige, zur Vergleichung geeignete Fälle zur gruppenweisen Besprechung. Ihr schickt Verf. im Kapitel II und III Bemerkungen zur Physiologie und Anatomie der Gallenwege und zur Differentialdiagnose der Krankheiten der Gallenwege voraus. Es werden dann der Reihe nach in der eben gekennzeichneten Weise die chronische und akute Entzündung der Gallenwege (Kapitel V), die Cholelithiasis ohne erhebliche Entzündung der Gallenwege (Kapitel VI), ihre Komplikationen mit Magenaffektionen (Kapitel VII) und die Cholecystitis acuta infectiosa (Kapitel VIII) abgehandelt. Erst Kapitel IX bringt dann zusammenfassend die Technik der operativen Verfahren und der Nachbehandlung — K. bevorzugt jetzt die Cystektomie mit Drainage des Choledochus und Hepaticus von einem schrägen am Proc. ensiformis beginnenden Längs- oder Winkelschnitt — und berichtet über die Todesursachen. Im Kapitel X wird die Komplikation der Cholelithiasis und Cholecystitis mit Pankreaserkrankungen erörtert. Hier ist K. nach anatomischen Untersuchungen und seinen Erfahrungen der Ansicht, daß die der Cholelithiasis folgende Entzündung häufig als Ursache der Pankreatitis anzusehen sei, ebenso wie umgekehrt Erkrankungen des Pankreaskopfes Gallenstauung bedingen. Das Karzinom der Gallenblase (Kapitel XI) hat K. 32mal klinisch beobachtet. Bei der großen Mehrzahl war sowohl Leber als Gallenblase vergrößert. Heilung ist möglich, solange Drüsenmetastasen fehlen. Die frühzeitige Erkennung wird nur durch die fast ausnahmslos gleichzeitig bestehende und eine Operation indizierende Cholelithiasis und Cholecystitis ermöglicht. Einmal fand sich Gallenblasentuberkulose bei einer Pat., welche wegen Peritonitis tuberculosa operiert worden war. — Recht bösartige Peritonitiden (Kapitel XII) sah K. bei neun Pat. von den kranken Gallenwegen aus-

gehen; nur vier davon konnten noch operiert werden, zwei von ihnen wurden durch die Operation geheilt. Von 15 Kranken mit akutem Darmverschluß durch Gallensteine (Kapitel XIII) wurden 11 operiert, davon 5 geheilt. 10mal saß der Stein im unteren Dünn-, 1mal im Dickdarm; nach K.'s Ansicht wird er durch den Krampf der Darmmuskulatur, den der Reiz des Fremdkörpers auslöst, festgehalten. Der oralwärts gelegene Darmabschnitt ermüdet oder wird durch die Gärungsvorgänge im gestauten Darminhalt in seiner Beweglichkeit beeinträchtigt. Die Diagnose des Gallensteinileus ist nur selten so sicher zu stellen, daß andere Verschlußarten ausgeschlossen werden können. Deshalb, und weil der Ausgang der exspektativen Behandlung ganz ungewiß ist, ist möglichst frühzeitige Operation das einzige sichere Mittel zur Heilung. Der Verschluß des Choledochus durch Geschwülste, Narben, Lymphdrüsenschwellungen (Kapitel XIV), welchen K. 18mal beobachtete, ist vom Choledochusstein durch die dauernde Gelbsucht und die Vergrößerung der Gallenblase gewöhnlich zu unterscheiden. Bei bösartigen Geschwülsten (Karzinom des Pankreas, der Papilla Vateri oder des Choledochus) ist die Operation wenig aussichtsvoll. Im Kapitel XV — Leberabszesse — empfiehlt K. als bestes diagnostisches Mittel die Probepunktion, an die bei positivem Ausfalle die Operation sofort anzuschließen ist. Dabei gibt die Lebereiterung infolge von Cholelithiasis oder Dysenterie die besten Erfolge, da sie meist unilokulär ist; bei Perityphlitis und Cholangioitis ascendens sind meist disseminierte Eiterherde vorhanden, die selten alle bei der Operation gefunden werden können. Mit den Kapiteln XVI—XVIII (Operation wegen Echinokokkus der Leber und der Bauchhöhle, bei Geschwülsten der Leber und Leberverletzungen) schließt das interessante Werk, das durch die reichen, sich über einen 14jährigen Zeitraum erstreckenden persönlichen Erfahrungen seines Verf. und die übersichtliche Art ihrer Darstellung ganz besonders wertvoll ist. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

14) **T. Walzberg.** Die Gallensteine und ihre Behandlung. Mit 1 Tafel in mehrfarb. Druck und 1 topograph. Skizze. 59 S. Lex.-8.

Minden i. W., **J. C. C. Brun's** Verlag 1905. ℳ 3.—.

Verf., ein selbst wegen Verwachsungsbeschwerden nach Cholelithiasis erfolgreich operierter Kollege, verfolgt mit der vorliegenden Abhandlung den Zweck, ein klinisches Bild der Cholelithiasis vom chirurgischen Standpunkt aus zu skizzieren; sie ist nicht für den Chirurgen, sondern für den praktischen Arzt bestimmt, um ihn von der Notwendigkeit frühzeitiger Operation zu überzeugen und durch seine Vermittlung die Chirurgie der Gallensteinkrankheit auch bei der leidenden Menschheit populär zu machen.

In zwei Teilen (I. Symptomatologie, Verlauf und Folgezustände, II. Behandlung) gibt W. eine klare, durch Einflechtung eigener Erfahrungen belebte Darstellung des Leidens, auf dessen Gefahren dem

Zwecke des Buches entsprechend besonders eingegangen wird. Hier ist zu erwähnen, daß W. tödliche parenchymatöse Blutungen nach der Operation bei völligem Verschluß der Gallenwege nach den Darm und Gallenfistel, also ohne daß Ikterus bestand, erlebte, woraus er schließt, daß für die sog. cholämischen Veränderungen des Blutes nicht die Cholämie das Wesentliche ist, sondern daß für diese Veränderungen die Abwesenheit der Galle im Darmkanale die eigentliche Ursache abgibt. Da die innere Therapie oft ganz versagt oder das Leiden nur aus dem manifesten in ein latentes Stadium überführt, das Wochen, Monate, Jahre dauern kann, dessen Bestand aber niemand vorauszusehen vermag, so ist die Operation das einzig sichere Mittel zur Heilung; ihre Resultate sind um so besser, je frühzeitiger sie vorgenommen wird, worauf hinzuwirken daher Pflicht des Hausarztes ist. Die meisten Todesfälle nach der Operation betreffen verschleppte, mit schweren Entzündungserscheinungen behaftete und durch Cholämie gefährdete Fälle.

Verf. erwirbt sich mit seinem Schriftchen, das mit einer Schilderung der verschiedenen chirurgischen Verfahren bei Cholelithiasis schließt, ein Verdienst nicht nur um die Gallensteinkranken, sondern auch um die Gallensteinchirurgie, die bei frühzeitigem Eingreifen noch weit mehr Erfolge erringen wird als bisher. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

15) **Bunge.** Die Talma-Drummond'sche Operation. Ihre Indikation, Technik und die bisher erzielten Resultate. Mit 1 Abbildung, 118 S.

Jena, **Gustav Fischer,** 1905. *M* 3.60.

Nach einem kurzen historischen Überblicke besonders auch über die experimentellen Untersuchungen, welche den Boden für die Talma-Drummond'sche Operation geschaffen haben, wird die Berechtigung der Auffassung des Ascites bei der Lebercirrhose als eines Stauungsascites auf Grund der mikroskopischen Untersuchungen von Kretz nachgewiesen. Es folgt dann die Mitteilung von 14 einschlägigen Krankengeschichten aus der Königsberger Klinik, der sich die tabellarische Zusammenstellung von 274 in der Literatur aufgefundenen Beobachtungen anschließt.

Die Indikation für die Operation geben »alle Fälle, aber auch nur solche, bei denen Erscheinungen der Pfortaderstauung vorhanden sind«. Diese Pfortaderstauungen werden im allgemeinen durch cirrhotische Prozesse in der Leber bedingt. Die von Talma aufgestellten Kontraindikationen für seine Operation sind in neuerer Zeit durch Kretz erweitert, indem er den Eingriff als nicht indiziert ansieht bei verminderter Harnstoffausscheidung, alimentärer Glykosurie und Lävulosurie. In eingehender Kritik, in der manche hochinteressante und wichtige Frage aus der Physiologie des Stoffwechsels berührt werden, weist B. die Kretz'schen Kontraindikationen der Reihe nach zurück und läßt nur die von Talma selbst schon angegebenen zu Recht be-

stehen. Außer dem Ascites können auch die infolge der Pfortaderstauung beobachteten Blutungen aus varikös erweiterten Anastomosen (Ösophagus) oder kleineren mehr chronisch verlaufenden Blutungen in den Nahrungskanal Veranlassung zum operativen Eingreifen geben. Auch für die »Cirrhose cardiaque«, die »perikarditische Pseudolebercirrhose« und die »Zuckergußleber« soll die Talma'sche Operation, wenn auch mit gewissen Einschränkungen, ihre Berechtigung haben.

Was den Zeitpunkt für die Operation anlangt, so wird der Chirurg in den Fällen, wo es sich um die Bekämpfung des Ascites handelt, wohl erst immer dann hinzugeholt, wenn trotz interner Behandlung und mehrfacher Punktionen keine Besserung eingetreten ist. Anders in den Fällen von Blutungen aus dem Magen-Darmkanal; da will B. bei sichergestelltem Vorhandensein einer Lebercirrhose jede aus dem Magen-Darmkanal auftretende Blutung für eine strikte Indikation ansehen, die Talma'sche Operation ohne Verzug auszuführen, sobald es der Zustand des Pat. erlaubt.

In technischer Beziehung gibt B. der extraperitonealen Einnähung des Netzes zwischen hintere Rectusscheide und Muskel den Vorzug. Er betont wiederholt, daß das Netz ohne jede Spannung einzunähen sei. Oft kommt man mit der einfachen Netzeinnähung nicht aus, sondern muß noch die »Splenopexie« hinzufügen, deren einzelne Methoden ebenfalls angegeben werden. Die Gefahren der Operation sind sehr gering anzuschlagen; freilich können Darmknickungen mit Ileus auftreten, wenn das Netz zu straff gespannt war. Heilung, d. h. Beseitigung der Stauungserscheinungen, wird in etwa 30% der Fälle erreicht, Besserung in etwa 14%, unbeeinflußt sind 56% geblieben.

Das am Schluß gegebene Literaturverzeichnis dürfte wohl Anspruch auf absolute Vollständigkeit machen können.

Dettmer (Bromberg).

---

16) **A. W. M. Robson.** Die entzündlichen Affektionen des Pankreas unter besonderer Berücksichtigung des Pankreaskatarrhs und der chronischen Pankreatitis.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 35 u. 36.)

Klinische Darstellung der Ätiologie, Symptomatologie und Therapie auf Grund reicher eigener sowie fremder Erfahrungen. R. unterscheidet von katarrhalischen Entzündungen: den akuten und chronischen einfachen Katarrh und den eitrigen Katarrh, und von parenchymatösen Entzündungen die akuten Formen — ultra-akute und akute hämorrhagische Pankreatitis, gangränöse Pankreatitis, eitrige Pankreatitis, subakuten Pankreasabszeß und die chronischen Entzündungen — interstitielle Pankreatitis und Cirrhose der Bauchspeicheldrüse. In der Frage der Ätiologie wird auf den Zusammenhang von Mumps und Pankreatitis hingewiesen und als häufigste Ursache die Verlegung des Gallenganges betont. Der Pankreaskatarrh kann sicher festgestellt werden. Seine rechtzeitige Erkennung ist für die Prognose von aller-

größter Wichtigkeit. Schwindet der Katarrh in kurzer Zeit bei innerer Behandlung nicht, so ist eine Probelaparotomie angezeigt, zur Entfernung der Ursache, mag diese in Gallensteinen oder sonstigen mechanischen Behinderungen liegen (Cholecystotomie, Cholecystenterostomie). Eitriger Katarrh führt fast stets zum Tode; vier eigene operierte Fälle sind ausführlich mitgeteilt. — Gallensteinleiden sind auch die häufigste Ursache der chronischen Pankreatitis. Sie ist zu erkennen und vom Krebs zu unterscheiden mit Hilfe der Auflösung von jodoformgefüllten Glutolinkapseln im Darme durch den Pankreassaft und Nachweis des Jods im Urin. Die Operation — Drainage der Gallenwege auch da, wo keine Verstopfung durch Gallen- oder Pankreassteine gefunden wird — bringt Heilung oder, wenn bereits interstitielle Erkrankung vorliegt, doch Stillstand. 10 operierte Fälle werden geschildert. Bei einer Nachfrage ergab sich auf 51 Fälle eine Sterblichkeit von 3,9%. Von den übrigen in der Literatur niedergelegten 62 Operationen wegen chronischer Pankreatitis führten 8 (= 12,9%) zum Tode.

G. Schmidt (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

17) **L. Kurzwelly.** Die Medullaranästhesie mittels Kokain-Suprarenin.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 142.)

K. berichtet über die Resultate, die Braun in der ihm unterstehenden chirurgischen Abteilung des Diakonissenhauses in Leipzig-Lindenau mit der spinalen Injektion von Kokain und Suprarenin nach Bier in 53 Operationsfällen hatte. Das wesentlichste Material dieser Anästhesierungsmethode ist, daß in der Tat, wie das Bier angegeben hat, die Gefahren bzw. unangenehmen Begleit- und Folgeerscheinungen, welche die Medullaranästhesierung mit reinem Kokain besitzt, bei der Anwendung von Kokain und Adrenalin fehlen. Da diese unerwünschten Komplikationen dem Einwirken des Kokains auf die höheren Partien des Markes bzw. auf das verlängerte Mark zugeschrieben werden müssen, muß man sich vorstellen, daß das Adrenalin das Aufsteigen des Kokains zu diesen Markteilen hindert, und zwar — meint Braun — dadurch, daß das Adrenalin stark verengend auf alle Gefäße, namentlich die voluminösen Venengeflechte im Wirbelkanal einwirkt. Das Einschrumpfen dieser Gebilde habe dann einen stärkeren absteigenden Strom der Zerebrospinalflüssigkeit (beckenwärts) zur Folge, der seinerseits dem Aufwärtsfließen des injizierten Kokains (kopfwärts) entgegenwirke. Mit diesem Raisonnement stimmt, daß die Kokain-Suprarenin-Medullaranästhesie in der Regel nur bis zum Ligamentum Pouparti heraufreicht.

Braun hat das Verfahren mit folgenden, wie dem Ref. scheint, für die Praxis sehr schätzbaren Modifikationen zur Anwendung gebracht. Da die käuflichen Suprareninlösungen salzsäurehaltig sind, werden die nach Braun's Angaben hergestellten Kokain-Suprarenintabletten (à 0,01 Kokain und 0,0001 Suprarenin) gebraucht, welche sich durch je 1stündiges Erhitzen auf 70° an drei aufeinander folgenden Tagen sterilisieren lassen. Zur Lösung der Tabletten wird abfließender Liquor cerebrospinalis benutzt, und zwar in einer eigens dazu zweckmäßig konstruierten Spritze, die dann auch zur Injektion dient, und deren Beschreibung nebst Abbildung im Original einzusehen ist. Gebraucht wurden 1—2 Tabletten gelöst in 2½ bis 5 ccm Liquor. Die Punktionsstelle, gewöhnlich zwischen 3. und 4. Lendelwirbeldorn, wird durch eine endermatische Quaddel mittels Eukainlösung markiert und hierdurch der Nadelstich gleichzeitig schmerzlos gemacht. Die Lumbalpunktion erfolgt in Seitenlage.

Über die Resultate ist folgendes zu sagen: Das Alter der mit dem Verfahren behandelten Personen schwankte von 16 bis 82 Jahren. Die Anästhesie hält mindestens eine Stunde, oft auch viel länger an. Den ersten Wundschmerz empfanden viele Kranke erst 4—5 Stunden nach der Injektion. In der Regel wird zuerst das Bein derjenigen Seite anästhetisch, auf welcher der Kranke liegt, was man bei Lagerung des Pat. berücksichtigen wird. Auffällig war die geringe Blutung im Operationsgebiete, was vielleicht auf eine Erregung vasomotorischer Nerven in der Cauda equina durch Kokain bezogen werden kann. Gefährliche Folgezustände nach dem Verfahren wurden nie und abnorme Neben- und Nachwirkungen so selten und milde beobachtet, daß sie kaum noch zugunsten der Narkose ins Feld geführt werden können. »Nebenerscheinungen« traten in 13 Fällen auf und bestanden in Schweißausbruch, Übelkeit, Brechreiz, einigemal bis zum Erbrechen steigernd. Meist sind es jugendliche Personen, welche hieran zu leiden haben; alte Leute vertragen die Medullaranästhesie gut. Bei ihnen scheint also das Aufsteigen der Kokainlösung auf natürliche Weise erschwert. »Nachwirkungen« wurden nur 5mal beobachtet und bestanden meist in Kopfweh, auch in Ohrensausen, leichter Nackensteifigkeit, 1mal auch in Kreuzschmerzen an der Injektionsstelle. Da solche Erscheinungen auch bei erfolglosen einfachen Lumbalpunktionsversuchen vorkommen können, ist es möglich, daß sie nur durch die mechanische Reizung der Meningen durch die Nadel bewirkt werden. Übrigens scheinen diese Folgezustände von Bier und Dönitz relativ häufiger beobachtet zu sein, was zugunsten der Braun'schen Methode (Lösung der Medikamente in der Zerebrospinalflüssigkeit) sprechen würde. Gänzlich erfolglos hinsichtlich Erzielung von Anästhesie blieb die Injektion 5mal, mithin in ca. 9% der Fälle, was mit den Erfahrungen von Bier und Dönitz zusammenstimmt. Anatomische Verhältnisse in dem kompliziert gebauten Subarachnoidealraum (Verwachsungen usw.) mögen zur Erklärung dieses jeweiligen Versagens der Methode herangezogen werden.

Zum Schluß der Abhandlung stehen die Versuchsprotokolle und ein 35 Nummern zählendes Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

18) **Bowen.** Traumatic subdural haemorrhage. An attempt at a systematic study based on the examination of seventy two collected cases.

(Guy's hospital reports Vol. LIX. 1905.)

Die Arbeit gründet sich auf das Studium von 72 Fällen, deren Krankengeschichten teils englischen und amerikanischen Zeitschriften, teils den Krankenjournalen mehrerer größerer Hospitäler entnommen sind.

Die einzelnen Fälle werden in ausführlicher Weise im Hinblick auf die verschiedenen in Betracht kommenden Gesichtspunkte durchgenommen und besprochen.

Die Arbeit ist zu kurzem Referat nicht geeignet.

Engelmann (Dortmund).

19) **Seifert.** Sur les abcès du lobe frontal d'origine nasal.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 24.)

Endokranielle Komplikationen nach Empyem des Sinus frontalis waren bis zum Jahre 1900 publiziert 21 Fälle, davon neun Fälle von Hirnabszeß. Die Infektion des Hirns war erfolgt vermittels Perforation der hinteren Wand 5mal, durch diploëtische Kanäle 2mal, sekundär von den Siebbeinzellen durch die Lamina cribrosa 1mal; nicht nachweisbar war der Verbreitungsweg 1mal. Denker's Fall ist der einzige, der geheilt ist. Verf. fand außerdem nach 1900 noch drei geheilte Fälle in der Literatur (Müller, Rafin, Herzfeld). Mit den nicht geheilten konnte er im ganzen 21 Fälle von Hirnabszeß ausfindig machen. Dem fügt er eine eigene neue Beobachtung hinzu. Bei einem Stirnhöhlenempyem entfernte er einen Polypen. 5 Tage später starb Pat. an Meningitis. Bei der Autopsie fand sich ein Hirnabszeß, der keine prägnanten Symptome gemacht hatte; auf dem Lymph- oder Blutwege, ohne Perforation der hinteren Wand, schien derselbe entstanden zu sein.

Die Besserung im Befinden des Pat. nach Entfernung der Polypen gab dem Verf. ein Recht dazu, abzuwarten bei Fehlen jeglicher Symptome einer endokraniellen Komplikation. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

20) **R. Caminiti.** Beitrag zur pathologischen Histologie des Gasserschen Ganglions.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 4.)

C. fand bei der histologischen Untersuchung des Ganglion Gasseri eine Verschiedenheit der Zellen in bezug auf Größe und Form, wesentliche Verschiedenheiten in der Intensität der Färbung, teilweise Ausstrahlungen des Zellkörpers, der chromatischen Substanz, d. h. Anordnung derselben bei einigen Zellen in feinen, bei anderen in gröberen Körnchen, leichte Verdichtung der chromatischen Substanz um den Kern oder an der Zellperipherie. In den meisten Zellen fand sich stets gelbes Pigment in verschiedenem Maße und in verschiedener Anordnung. Außerdem konstatierte Verf. Zellen mit spärlichen Überresten von Protoplasma ohne Kern und Kapseln ohne Protoplasma, oder mit Anhäufung von Kernen an Stelle des Protoplasmas. Diese Beobachtungen des Verf.s stimmen nun häufig vollkommen mit allem überein, was von anderen Autoren als pathologisch im Ganglion beschrieben wurde. C. hält sie dagegen, wie er des Eingehenden erörtert, nicht für krankhaft, bzw. für charakteristisch für die Trigeminusneuralgie. Viele der betreffenden Erscheinungen gelten ihm als normale Begleitsymptome des Greisenalters, viele andere wurden bei direkten Erkrankungen des Nervensystems, wie Delirium tremens, Apoplexie, Nervenverletzungen usw., und bei indirekten Erkrankungen desselben z. B. durch Infektionskrankheiten beobachtet. Nur diejenigen Fälle, welche eine Rückbildung und Sklerose aufweisen, sind für die Ansicht zu verwerten, daß bei ihnen die Neuralgie ihren Sitz im Ganglion Gasseri selbst gehabt habe. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

21) **Brindel.** Des complications auriculaires consécutives aux occlusions de conduit auditif externe.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 27.)

Verf. beschreibt drei Fälle erworbener Atresie. Im ersten Falle fand sich eine Eiterung bei einem Pat. mit einer Ekchondrose, Exostose und dahinter noch mit einer knöchernen Scheibe. Trotz ausgedehnter Radikaloperation und der energischsten Bemühungen kam es zu einer beträchtlichen Verengerung, die immerhin jegliche Reinigung gestattete. Beim zweiten Pat. handelte es sich um ein 4jähriges Zangenkind, welches eine Ablösung der Ohrmuschel, einen Bruch des Os temporale und eine Facialislähmung erlitten hatte. Mehrfache Phlegmonen in der Umgebung des Ohres mit folgender Mittelohreiterung und Stenose des Gehörkanales führten zu Retentionserscheinungen (Kopfweh, Erbrechen usw.). Nach typischer Radikaloperation mit Bildung eines Koerner'schen Lappens glatte Heilung. Im 3. Falle war es bei einem kongenital Taubstummen von 13 Jahren nach einer Eiterung zu einer Schwellung und folgenden Fistelbildung in der Regio zygomatico-temporalis gekommen, der Gehörgang war undurchgängig. Bei der Radikaloperation wurde der Schnitt von der Fistel ausgeführt; in der Tiefe des Antrum lag ein Sequester, der Tabula interna angehörig, so daß der Sinus 2 : 1 cm freilag; T-förmiger Lappen, vollkommene Heilung. Hier hatte also die Eiterung zwei Auswege gesucht, einmal die Tabula externa in der Fossa temporalis, sodann die Tabula interna im Sinuskanale. Bei undurchgängigem Gehörkanale kann sich nach Ansicht des Verf.s das Sekret durch die Tube entleeren, am ehesten noch bei einfacher chronischer Otorrhöe, weniger bei Cholesteatom oder bei akuter Eiterung, wenn die Tube durch Schwellung verschlossen ist. Zu einem guten Operationsresultate sei erforderlich: 1) eine breite Ausräumung des Os mastoideum, um eine 2—3mal so große Höhle als sonst notwendig zu erhalten; 2) eine ausgedehnte Lappenbildung mit Resektion der Ränder, um Wiederverwachsungen zu verhüten; endlich empfehle sich eine Fixierung des Lappens. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

22) **E. J. Moure.** Contribution à l'étude de la chirurgie du labyrinthe.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 16.)

Drei geheilte Fälle von Labyrinthverletzungen bzw. -eiterungen liegen der vorliegenden Arbeit zugrunde. 1) Schußverletzung mit konsekutiver Ohreiterung und Taubheit. Geschoß aus dem Labyrinth entfernt. 3 Monate später Kopfweh, Erbrechen, »Nackenweh«, Kernig positiv. Romberg +, schwankender Gang, schließlich Nackensteifigkeit, Fieber, Erbrechen, Hyperämie der Papille. Lumbalpunktion ergibt viel Lymphocyten, vermehrte polynukleäre Leukocyten. Nach einigen Tagen geringer Besserung Entfernung der Schnecke mit rasch folgender Heilung. 2) Schußverletzung, Otorrhöe, Schwindel, Erbrechen, Fallen nach vorn und der kranken Seite. Entfernung des zwischen Canalis caroticus und facialis gelegenen Geschosses. 3) zweimal erfolglos operierte Mittelohreiterung mit Schwindel. Entfernung eines großen, das ganze Labyrinth darstellenden Sequesters führt zur Heilung; später noch ein Schneckensequester entfernt. Facialislähmung blieb bestehen. Im Anschluß hieran betont M., wie oft schon die ausgiebige Behandlung bzw. Operation des Mittelohres zur Beseitigung der Labyrinthsymptome genüge; um so mehr sei man berechtigt, den Erfolg der Mittelohroperation abzuwarten, als die Diagnose der Labyrintheiterungen bekanntermaßen noch viel zu wünschen übrig lasse; oft genüge eine Beseitigung des kranken Herdes am horizontalen Bogengange; finde sich jedoch Nekrose an der Schnecke, so müsse man weitergehen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

23) **G. Laurens.** Trépanation de la mastoïde chez un nouveau-né.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 19.)

Die Operation wurde an einem 3 Wochen alten Kinde notwendig, das einen Schnupfen gehabt hatte. Verf. erwähnt den Fall wegen seiner Rarität. Der Verlauf bot nichts Bemerkenswertes. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

24) **E. J. Moure** et **Brindel.** Cinqcents cas d'interventions sur l'apophyse mastoïde.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 3.)

Verff. geben einen eingehenden Bericht über die Erfolge ihrer Mastoidoperationen bei akuten und chronischen Eiterungen. Wegen letzterer wurden 269 Operationen ausgeführt mit 18 Todesfällen. Kein Todesfall kommt auf Eiterungen im sogenannten kalten Stadium; es starben an Hirnabszeß 4, allgemeiner Meningitis 3, Sinusphlebitis 2, Pyämie 2, Labyrintheiterung 2, an nicht otogenen Affektionen 5 Pat. Unter 231 Mastoiditiden verliefen 14 tödlich; sieht man von 9 mit endokraniellen Komplikationen kombinierten Fällen ab, so bleiben noch 5; bei diesen war einmal Urämie die Todesursache, einmal eine sogenannte aberrierte, in die Schädelhöhle durchgebrochene vereiterte Zelle. Folglich bleiben nur 3 Fälle, d. h. eine Mortalität von 1,3%; und diese gingen zugrunde: 1) infolge Erysipel, 2) alkoholischer Diathese und Icterus gravis und 3) an einem Operationsfehler.

Das Resultat der chronischen Fälle beweist aufs klarste den Wert einer rechtzeitig ausgeführten Radikaloperation. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

25) **J. Joseph** (Berlin). Weiteres über Nasenverkleinerung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 31.)

J. berichtet über weitere Fälle von Nasenverkleinerung, in denen er wegen zu langer Nase oder erheblicher Höckerbildung intranasal vorgegangen ist, also vermieden hat, äußere Narben zu hinterlassen. Die Operationen — Resektion der medialen Schenkel der Cartilagines alares bei zu langer Nase — wurden von J. in letzter Zeit ohne Narkose unter Lokalanästhesie ausgeführt. Einige Abbildungen extra- oder intranasal Operierter sind dem Berichte beigegeben.

Kramer (Glogau).

26) **J. O. Roe.** The correction of nasal deformities by subcutaneous operations. A further contribution.

(New York med. record 1905. July 1.)

Die mit zahlreichen Illustrationen versehene Abhandlung läßt die vorzüglichen Resultate erkennen, welche R. bei der Behandlung verschiedenartigster Nasendeformitäten erzielen konnte.

Besonders auffallend ist der Erfolg bei einer sehr schweren traumatischen Verunstaltung. Die auch sonst vom Verf. oft geübte Methode bestand hier in der Lösung der Haut von den deformierten Knochen durch einen Schnitt von der Innenseite der Nase, um dann von hier aus die nötigen Knochenkorrekturen vorzunehmen, ohne die äußere Haut zu verletzen.

Im übrigen muß die Kasuistik im Originale nachgesehen werden.

Loewenhardt (Breslau).

27) **J. Broeckaert.** Endothéliome ethmoïdal. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs malignes du nez et de ses adnexes.

Brüssel 1905.

Im Anschluß an einen beobachteten Fall gibt B. einen kritischen Überblick über die verschiedenen Behandlungs- bzw. Operationsmethoden. Nach Aufführung der bereits von Röpke zitierten acht Fälle folgt die genaue Krankengeschichte und histologische Beschreibung, bei welcher besonders eine Unterscheidung von sogenannten alveolären Karzinomen betont wird. Von den Behandlungsmethoden komme die endonasale wegen ihrer Unvollständigkeit nicht in Betracht. Der orbitale Weg sei vielfach beschritten worden, von den zahlreichen Modifikationen zieht B. die von Guisez vor, mit Resektion der Lamina papyracea und des Tränenbeines usw. Zur Aufdeckung des ganzen Siebbeinlabyrinths genüge aber auch sie nicht. Am übersichtlichsten erscheine ihm der »naso-jugale« Weg Moure's, der sich von der Nasenwurzel mit schneidender Zange seinen Weg bahnt und parallel und unterhalb der Lamina cribrosa bis zum Keilbeine vordringt; so könne man am sichersten das ganze Siebbeinlabyrinth beherrschen. Endlich habe man auch den maxillaren Weg mit definitiver oder temporärer Resektion des Oberkiefers beschritten, die definitive nur bei bösartigen Geschwülsten mit ausgedehnter Verbreitung im Oberkiefer, die temporäre für Schädelbasis-, Retromaxillargeschwülste; auch Kocher's osteoplastische Resektion komme in Betracht. Ihm scheine der naso-orbitale Weg als der idealste; bei der Operation des oben erwähnten Tumors mußte der Schnitt nach dem Os maxillare verlängert werden; trotzdem Heilung ohne Entstellung. Dagegen blieb eine Protrusio bulbi, die Cornea abszedierte.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

28) **L. Neufeld.** Tuberkulose, Syphilis und Kieferhöhleneiterung.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall von Tuberkulose und einen von Lues der Kieferhöhle; beide Male bestanden Fisteln nach der Mundhöhle, Sequester usw.; beide heilten unter entsprechender Behandlung rasch aus. Bei der tuberkulösen Pat. (54 Jahre alt) nimmt Verf. eine Läsion der zahnlosen Gingiva mit folgender Infektion von seiten des Speichels an; von hier habe sich der Prozeß auf die Alveolarplatte verbreitet und sekundär zum Empyem geführt. Im zweiten Falle bestand eine gummöse Erkrankung der facialen Knochenwand und ein Gumma des harten Gaumens. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

29) **K. Meixner.** Zwei Fälle von Struma baseos linguae.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 1.)

Von den beiden von M. veröffentlichten Fällen wurde der erste in der Wiener Klinik von Hochenegg operiert. Er betrifft ein 20jähriges Mädchen, das seit

4 Monaten über Druck im Rachen geklagt hatte. Die kastaniengroße, genau median gelegene Geschwulst des Zungengrundes wurde vom Munde her nach Spaltung des Arcus glossopalatini bei mit Zangen vorgezogener Zunge nicht eben schwer exzidiert. Ca. 4 Monate später klagte Pat. über Ohrensausen, schlechten Schlaf, Rückenschmerzen, Schwäche der Hände, Schwellung unter den Augen, Amenorrhöe, also möglicherweise Ausfallserscheinungen (?).

Fall II, einer gerichtlichen Sektion entnommen, betrifft die Leiche eines neugeborenen Mädchens, welches, lebend zur Welt gekommen, kurze Zeit nach der Geburt im Spülwasser ertrunken war. Man fand auf dem Zungengrund eine haselnußgroße Zungenschilddrüse, welche den Kehldeckel so stark über den Aditus laryngis drückte, daß eine weitere Lebensfähigkeit des Kindes ausgeschlossen schien. An der normalen Stelle findet sich an der Luftröhre eine Schilddrüse nicht.

Die mikroskopische Untersuchung ergab in beiden Fällen zweifellos Schilddrüsengewebe. In inniger Nachbarschaft mit diesem aber auch viel Schleimdrüsengewebe. Ferner in beiden Fällen zahlreiche, vielgestaltige Reste des Ductus thyreoglossus. Die einschlägigen Befunde sind mit großer Genauigkeit beschrieben und in zahlreichen mikroskopischen Abbildungen wiedergegeben, in bezug worauf auf das Original zu verweisen ist. In der epikritischen Besprechung wird in erster Linie die die pathologische Seite der Erkrankung behandelnde Literatur angezogen, insbesondere einige Fälle von Erdheim, die den M.'schen sehr analog sind. Zum Schluß folgt auch kurze Besprechung über operative Behandlung des Leidens und ein Literaturverzeichnis von 14 Nummern. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

30) **J. Garel.** Trois cas de tumeurs télangiectasiques de la gorge.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 26.)

Nach einigen Erörterungen über Gefäßgeschwülste im allgemeinen und solche des Pharynx und Rhinopharynx im besonderen, welche recht selten seien, beschreibt Verf. drei Fälle: 1) 42jähriger Bauer mit einer Gefäßgeschwulst an der linken Mandel und der linken Gaumenhälfte, die eine Lähmung derselben und ein Herabsinken des Gaumensegels infolge Volumenvermehrung zur Folge hatte; auch an der äußeren Haut waren mehrfach Varicen und Teleangiektasien. Wenn auch nach Angabe des Pat. nach mehrfachen Anginen die geschilderten Erscheinungen schubweise aufgetreten sein sollen, so kann man doch eine sekundäre Abhängigkeit von den Hautangiomen, besonders am Nacken, nicht von der Hand weisen, wie bei den von Volkmann usw. publizierten Fällen. 2) 35jähriger Mann mit kleinem Angiom des hinteren Gaumenbogens, angeblich nach Hustenanstrengung entstanden. 3) Geschwulst der linken Gaumenmandel nach Tonsillotomie; sie machte keine Beschwerden und wurde zufällig entdeckt. Therapeutisch rät Verf., nur bei gestielten Geschwülsten vorzugehen, sonst nichts vorzunehmen. Einmal sah er durch Ergotin-Jodgurgelungen eine Verkleinerung eintreten.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

31) **F. Thellung.** Ein kongenitaler behaarter Rachenpolyp.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 231.)

Das Kind, ein Bruder von drei älteren, normalen Geschwistern, mußte bei der Geburt mühsam in Stirnlage mit der Zange extrahiert werden. Die apfelgroße, kugelige Geschwulst, die an einem Stiel aus dem Munde hing, hatte das Geburtshindernis bewirkt (Photogramm). Diese Geschwulst, gleichmäßig weich, nicht fluktuierend, hat eine der äußeren Haut gleichende Außendecke, an der Poren und Furchen sowie eine Anzahl Lanugohärchen bemerkbar sind. Sie hängt an einem Stiele, der mit Schleimhaut überzogen, übrigens knochenhart ist und die Mundspalte passiert. Einkerbung der Oberlippe und des Unterkiefers entsprechend dem Stielverlauf, ebenso völlige mediane Spalte des Gaumens. Der Stiel verliert sich, hier harte Konsistenz zeigend, an der Schädelbasis bzw. hinteren Rachenwand und Vomer. Bei freier Respiration kann das Kind zwar saugen, aber nicht schlucken, da ihm die Milch zum Munde herausfließt, außerdem stellt sich Stomatitis ein, weshalb am 3. Lebenstage die Operation vorgenommen wird. In Kopf-

hängelage ohne Narkose wird der Stiel, wo er gegen den hinteren Geschwulstteil beweglich ist, mit Scherenschlag abgeschnitten. Starke Blutung, die durch Andrückung von in Gelatinelösung getauchten Tupfern beherrschbar ist. In der Rekonvaleszenz Stomatitis und Enteritis, dann gutes Gedeihen. Nach 7 Monaten zeigt das kräftig entwickelte Kind gutes Wachstum der gesunden Mundteile, während der restierende Stielstumpf weniger gewachsen ist, nicht mehr ganz in die Höhe des harten Gaumens reicht. Histologie: Geschwulstdecke ist Cutis mit Haaren und Drüsen, der Kern hauptsächlich Bindegewebe; der Stiel enthält Knochen- und Knorpelgewebe und besitzt Plattenepithelbezug. Es handelt sich also nicht um einen einfachen Polypen bzw. eine Geschwulstbildung, sondern um eine Mißbildung. »Ektodermale Keime müssen abnormerweise an die Ursprungsstelle des Tumors gelangt sein und die Fähigkeit behalten haben, Epidermis zu bilden.« Die verschiedenen Theorien zur Erklärung solcher Bildungen werden besprochen: Annahme rudimentärer Zwillingsmißbildungen (Ahlfeld), Transplantation ektodermalen Gewebes in den Rachen (Arnold), Ausschaltung oder Verirrung von embryonalen Furchungskugeln bzw. Blastomeren (Marchand-Bonnet). Für den von T. beschriebenen Fall scheint die Arnold'sche Hypothese passend.

Zum Schluß stellt T. aus der Literatur noch 25 Fälle ähnlicher Art zusammen, die ebenfalls zu operativer Behandlung kamen. Literaturverzeichnis von 27 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) E. Henking. Über Ursache und Behandlung bedrohlicher Blutungen nach Abtragung der Gaumenmandeln.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XVII. Hft. 1.)

Sechs Fälle schwerer Blutung nach Tonsillotomie veranlaßten Verf. zu dieser Veröffentlichung, da ihnen sämtlich eine Ursache der Blutung zugrunde lag, die bisher keine eingehende Berücksichtigung gefunden habe. Während meist angeschuldigt werden: Hämophilie, Verletzung arterieller Gefäßstämme oder Gefäßanomalien, biete die Literatur hierfür tatsächlich sehr wenig Belege; von anderer Seite sei dies in einer kritischen Arbeit (Damianos und Herman, Wiener klin. Wochenschrift 1902 Nr. 9) hervorgehoben worden. In den erwähnten sechs Fällen handelte es sich stets um Mandeln, die mit breiter Basis dem Boden der Mandelnische aufsitzen, mit ihrem unteren Ende tief unter das Niveau der Zungenwurzel reichen und den Gaumenbögen fest anliegen; hier war stets eine Verletzung des hinteren Gaumenbogens, und zwar oben, die Quelle der Blutung. Durch Würgbewegungen (M. palato-pharyngeus) werden die hinteren Bogen in das Instrument quasi hineingedrückt, während die vorderen erschlaffen; die obere Partie werde hauptsächlich deshalb betroffen, weil der untere Pol überhaupt bei derartig »schlecht« sitzenden Mandeln kaum mitgefaßt werde.

Therapeutisch verwirft K. alle lokalen Styptika und empfiehlt einzig und allein die Digitalkompression, die er einmal 1¼ Stunde ausüben mußte. Damit kam er aber stets zum Ziele. Verf. ist ein Gegner des Tonsillotoms und empfiehlt die Cooper'sche Schere, die jeden Akt der Operation unter Kontrolle des Auges auszuführen erlaube. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

33) P. Tichow (Tomsk). Über Halsrippen.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Eine klinische und eine anatomische Beobachtung:

1) Die 19jährige Pat. klagte über neuralgische Schmerzen mäßigen Grades im rechten Arme, die seit 1—2 Jahren bestehen sollten. An der rechten Seite des Halses war sehr deutlich ein flaches, knöchernes, fast unbewegliches Gebilde zu tasten, das gegen die Mitte des Schlüsselbeines gerichtet war, hinter dem es verschwand. Die Art. subclavia lag vor dem Gebilde, der Radialpuls war auf beiden Seiten gleich. Im Röntgenbilde war die Halsrippe sehr deutlich zu erkennen. Auch zeigte die Photographie, daß sie kurz vor ihrer Verbindung mit der ersten Brustrippe einen Knick hatte, an dem die Kontinuität offenbar durch Einlagerung von Knorpel unterbrochen war.

Es gelang ohne Mühe (auf subperiostalem Wege), die Rippe zu entfernen, worauf die Pat. von ihren Beschwerden befreit blieb.

2) Bei Umgrabung eines alten Friedhofes fand sich ein Skelett mit einer rechtsseitigen Halsrippe. Die entsprechende oberste Brustrippe war auffallend breit und massiv gegen die der anderen Seite. Das Tuberculum Lisfranci war sehr stark entwickelt und stand mit dem verbreiterten unteren Ende der Halsrippe in Verbindung, an deren vorderer Fläche die Gefäßfurche sichtbar war.

T. stellt 55 Fälle aus der internationalen Literatur zusammen.

V. E. Mertens (Breslau).

34) **J. Hahn** (Mainz). Der Extensionskopfträger.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

Der Träger besteht aus einem dem Kopfe nach Gipsmodell gut angepaßten, gepolsterten Halsring, einer starken Stahlrückenstange, die an jenem mit Hilfe einer Gabel befestigt ist, und aus einer im Lendenteile des Korsetts angebrachten Spiralfeder, auf die sich die Rückenstange stützt, so daß eine extendierende Hebekraft auf die Rückenstange und den Kopfteil (Halsring) ausgeübt wird. Eine Verbindung dieser letzteren Teile in der Halsgegend gestattet ein Drehen des Kopfes in der Horizontalebene, wo solche wünschenswert ist.

Der Apparat genügt demnach folgenden Indikationen: 1) er trägt das Gewicht des Kopfes und verhindert die Belastung der Wirbelsäule durch dasselbe; 2) er bewirkt eine derartige weitergehende Erhebung des Kopfes von unten her, daß er eine gewisse Streckung der Wirbelsäule herbeiführt; 3) er hilft zusammen mit dem Korsett (Hessing'sches oder Leder-, Zelluloidkorsett) den Rücken bzw. die Wirbelsäule fixieren; 4) er ist bequem zu handhaben und wenig auffällig. Der Extensionskopfträger hat sich H. bei schwereren Skoliosen nach möglichst ausgiebiger Redression und bei spondylitischen Kyphosen sehr bewährt. **Kramer** (Glogau).

35) **C. Sultan.** Über Laminektomie bei spondylitischen Lähmungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 21.)

Die Arbeit berichtet über die Erfahrungen, die betreffs der Erfolge mit Laminektomie bei spondylitischen Lähmungen in der Leipziger Klinik von Trendelenburg gesammelt sind. Zunächst wird über den Weiterverlauf der von Trendelenburg auf dem Chirurgenkongreß von 1899 publizierten acht operierten Fälle Mitteilung gemacht (vgl d. Bl., Kongreßbericht von 1899 p. 62). Von denselben sind noch sechs am Leben, darunter fünf »dauernd«, d. h. $4^1/_2$—$7^1/_2$ Jahre geheilt. Ein Pat. davon interessiert besonders, bei dem nach anfänglicher Besserung nach der Operation wegen rezidivierter Markkompressionserscheinungen zirka $1^1/_4$ Jahr nach der ersten Laminektomie eine zweite vorgenommen wurde, wobei sich zeigte, daß sich an Stelle der resezierten Wirbelbögen ausgiebig neue Knochensubstanz gebildet hatte. Nach Entfernung letzterer promptes Schwinden der Kompressionserscheinungen.

Nach 1899 sind noch sechs weitere Laminektomien gemacht, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden. Drei Kranke sind $^1/_2$—$^3/_4$ Jahr nach der Operation gestorben, welche in einem Falle hinsichtlich der medullären Symptome eine entschiedene Besserung herbeigeführt hatte, die anderen Male resultatlos war. Von den länger Überlebenden war bei einem schon wenige Tage nach der Laminektomie Besserung eingetreten, die stetige Fortschritte machte, so daß $^1/_2$ Jahr später Gehfähigkeit ohne Stock und gute Funktion von Mastdarm und Blase vorhanden war — doch ist die Gesamtbeobachtungszeit des Falles noch eine zu kurze. Ein zweiter Pat. blieb ungebessert, ein dritter zweifelhaft.

Eine Gesamtübersicht über das Material ergibt bei den 4 über 30 Jahre alten Pat. viel schlechtere Resultate (nur einer noch am Leben, aber ganz erheblich gebessert) als bei den 10 unter 30 Jahre alten, von denen nur 2 gestorben, 2 ungebessert, 6 aber entschieden gebessert sind. Der Operationsbefund bestand 7mal in einer Verengerung des knöchernen Wirbelkanales, 2mal wurden epidurale Abszesse gefunden, 4mal epidurales Granulationsgewebe, 1mal Peripachymeningitis

Speziell in den geheilten bzw. gebesserten 8 Fällen fand sich 4mal Wirbelkanalverengerung, 1mal ein epiduraler Abszeß, 3mal epidurales Granulationsgewebe. Betreffs des Erkrankungssitzes fand die Wirbelresektion 8mal in der unteren Hälfte der Brustwirbelsäule statt, wobei 5 Kranke gebessert wurden. 1mal wurde in der Mitte der Brustwirbelsäule operiert mit Erzielung von Besserung. Von 5 in der oberen Hälfte der Brustwirbelsäule Operierten wurde nur 1 dauernd gebessert. Die Zahl der resezierten Wirbelbögen schwankt zwischen 2—4. Dem klinischen Berichte folgt Beschreibung, zum Teil auch Abbildung einiger lehrreicher Museumspräparate spondylitischer Wirbelbögen mit Knickung bzw. Kompression des Rückenmarkes, die die Anatomie der Krankheit und deren operative Zugänglichkeit gut veranschaulichen.

Nach den Erfahrungen der Leipziger Klinik wird die Möglichkeit spontaner Heilung spondylitischer Lähmungen nicht geleugnet, aber die Nützlichkeit der Operation auch nicht zu bestreiten sein, da häufig genug derselben eine unmittelbare Besserung folgt. Die Aussichten hierfür sind besser, wenn der Pat. das 20. Lebensjahr noch nicht erheblich überschritten hat, sowie wenn eine isolierte Bogenkaries vorliegt. Die Operation soll nur die Kompression des Markes beheben und ist hierzu auch imstande, sowohl bei einfachen Knickungen, als auch bei Vorliegen hervorstehender Sequester, desgleichen beim Vorhandensein epiduraler tuberkulöser Granulationen. Hoher Sitz der Markkompression verschlechtert die Prognose und läßt ein zu langes Abwarten nicht zweckmäßig erscheinen. Auch Vorhandensein von Blasen- und Mastdarmlähmungen machen die Operation ratsam, beim Fehlen derselben ist lieber zu zögern. — Was die Technik des Eingriffes betrifft, so wird in Leipzig auf die Erhaltung des Wirbelbogenperiosts gar kein Wert gelegt. Da es, wie beobachtet, unerwünscht starke Knochenneubildung bewirken kann, ist seine Konservierung auch gar nicht für zweckmäßig zu halten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

36) **Risa.** Durch Stichverletzung erzeugtes Aneurysma arterio-venosum zwischen der Vena anonyma und der Art. subclavia sin. mit Vagusverletzung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 291.)

Beobachtung aus dem Krankenhause Gülhane in Konstantinopel, welche zeigt, daß auch sehr schwere Gefäßverletzungen nicht tödlich zu sein brauchen. Ein Polizist erhielt mit einem langen, dolchartigen, spitzen Messer in der Richtung schräg von oben außen nach unten medianwärts eine Wunde 4 cm nach außen vom medialen Ende des linken Schlüsselbeines. Unter fester, lange liegen gelassener Wundtamponade kam nicht nur die sehr schwere Blutung zum Stehen, sondern trat auch Wundheilung ein, jedoch mit folgenden dauernden Krankheitserscheinungen: Schwellung oberhalb des Schlüsselbeines, in deren Bereich palpatorisch wie auskultatorisch starkes Schwirren wahrnehmbar ist — mit dem Arterienpulse synchrone Pulsation in der Vena jugularis externa —, Stimmbandlähmung links, heisere Stimme, leicht eintretendes Verschlucken — starkes Ohrensausen, leicht auftretende Atemnot. Die aus diesen Symptomen sich selbstverständlich ergebende Kommunikation zwischen arteriellem und venösem Kreislaufe sitzt wahrscheinlich zwischen Vena anonyma und Art. subclavia sin., und zwar wird die Vene gerade an der Teilung in Jugularis int. und Subclavia schräg von dem schmalen Messer durchstochen sein. Dann wurde zwischen Vene und Arterie der Vagus erfaßt und schließlich noch die Arterie angestochen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **D. B. Delavan.** Primary epithelioma of the epiglottis.

(New York med. record 1905. May 6.)

Ein 62jähriger Pat. mit einem Karzinom der Epiglottis, das erfolgreich (da es sehr günstig am Rande saß) unter Kokainanästhesie herausbefördert wurde.

Der Fall bietet ein gewisses Interesse wegen der frühzeitigen Beobachtung und Begrenzung der Geschwulst und der bereits seit 2 Jahren bestehenden Heilung.

Verf. weist auf analoge Verhältnisse bei Larynxkarzinomen hin.

Loewenhardt (Breslau).



38) **J. Henrichsen.** Bemerkungen über penetrierende Halsschnittwunden im Anschluß an einen Fall von Stenosis tracheae post vulnus incisum (tentamen suicidii).

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XVII. Hft. 2.)

Selbstmordversuch mit Durchschneidung der Luftröhre, sofort Knorpelnaht; nach 14 Tagen Stenose, die die Tracheotomie notwendig macht. Nach 3 Monaten muß Pat. noch immer durch die Kanüle atmen, weil 3 cm unter der Glottis ein Diaphragma liegt, welches eine Öffnung von nur 3—4 mm hat. Daher Spaltung der durch narbig-fibröses Gewebe fixierten Luftröhre in der Längsrichtung, Abtragung des Diaphragma mit der Grünwald'schen Zange; unter allmählichem Fortlassen der Kanüle, verbunden mit Intubation, Herstellung einer freien Atmung innerhalb eines Monates.

Im Anschluß hieran gibt Verf. eine eingehende kritische Besprechung der über den in Rede stehenden Gegenstand vorliegenden Literatur. Das Hautemphysem werde am besten vermieden, indem man die Hautwunde nicht schließt. Wichtig sei die Epiglottis, die nicht allein nach Durchschneidung ihrer Basis auf die Glottis herabfallen könne, sondern auch durch schiefe Heilung wesentliche Schlingbeschwerden verursache. Sodann behandelt Verf. ausführlicher die Fistelbildung: die häufigeren Luft- und die selteneren Luft-Speiseröhrenfisteln; bei Verletzungen zwischen Zungenbein und Schildknorpel können Luft- und Speisewege durch eine lippenförmige Fistel mit der äußeren Luft kommunizieren, oder es sind bei tiefer gelegenen Fisteln zwei Öffnungen vorhanden (Kommunikation von Luft- und Speiseröhre oder spaltförmige Mündung der Speiseröhren- neben der Luftröhrenfistel). Die meist horizontale Schnittführung führe zu diaphragmaartigen Narbenbildungen, Verschiebung der Fragmente kompliziere die Heilung wesentlich. Wenn die Glottis getroffen oder eine genaue Überwachung des Verletzten erschwert ist, so empfiehlt Verf. die primäre prophylaktische Tracheotomie. Der Fall, den Verf. geschildert, beweise, daß trotz primärer Naht eine genaue Überwachung des Pat. notwendig sei, um einer Stenose vorzubeugen und so die Tracheotomie überflüssig zu machen. Zur Beseitigung der Stenose kämen in Betracht: I. die Dilatation ohne oder mit Spaltung der verengerten Stelle; II. operative Methoden: a. Laryngo- und Tracheofissur mit Exzision des Diaphragma; b. Resektion, besonders bei dickerem Diaphragma. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

39) **R. Göbell.** Ein Beitrag zur Behandlung der narbigen Larynx- und Trachealstenose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 578.)

Für gewöhnlich ist zur Beseitigung narbiger Kehlkopf- und Luftröhrenverengerungen nach eventueller Auslöffelung vorhandener Granulationen die Intubation nach O'Dwyer ausreichend. In dem von G. in der Klinik beobachteten Falle bedurfte es indes auch wiederholter mühsamer plastischer Operationen zur Heilung. Bei dem 4jährigen, wegen Diphtherie tracheotomierten Pat. stieß das Décanulement auf Schwierigkeiten. Bei Präparation des Kehlkopfes ergab sich nicht nur ein Defekt von Ringnorpel und erstem Luftröhrenring, sondern auch narbig verengernde Schleimhautschrumpfung unterhalb der Stimmbänder. Eingriffe: 1) Ersatz der Kehlkopfschleimhaut. Medianschnitt, Distraktion der Knorpelstümpfe. Beiderseits Bildung eines brückenförmigen Hautlappens, dessen Epidermisseite, an die Hautstümpfe gefügt, die neue innere Kehlkopfbekleidung hergibt. Hiernach hat man eine längliche, vollkommene Lippenfistel am gespaltenen Kehlkopf-Luftrohre. 2) Ersatz des Knorpeldefektes. In einer ersten Operation werden die Ränder des Fistelspaltes angefrischt, einwärts gekrempelt und genäht. Auf die äußere Wundfläche und zwischen die klaffenden, nun auch angefrischten Knorpelstümpfe kommt eine ausgekochte Knochenplatte, und über letzterer wird die Haut genäht — kein Erfolg, die Knochenplatte heilt nicht ein. Deshalb in einer zweiten Operation Bildung eines zungenförmigen Lappens mit der Basis in der linken Supraclaviculargrube, mit der Spitze am Manubrium sterni und hier Periost und

Knochen mitnehmend. Auflegung auf die neuerdings angefrischte Kehlkopfnarbenstelle und Einfügung in den Knorpelspalt — die Epidermis nach außen. Jetzt erfolgt Anheilung und unter Nachbehandlung mit Tubage völlige Genesung mit freier Atmung und leiser und etwas monotoner, aber gut vernehmlicher Stimme.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

40) **R. Cruchet.** Tuberculose laryngée subaiguë à forme végétante chez une fillette de trois ans et demi.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 46.)

$3^1/_2$ jähriges Mädchen, seit 18 Monaten rauhe Stimme, seit 12 Tagen Dyspnoe. Sonst keinerlei Symptome von Bedeutung. Infiltration der Regio interarytaenoidea, am rechten Stimmbande polypöse, flottierende, nicht gestielte Wucherungen, linkes Stimmband gerötet. Drüsen in der Umgebung des Kehlkopfes stark geschwollen. 6 Wochen wurde Jod ohne Erfolg gegeben. Zunehmende Cyanose erforderte die Tracheotomie; trotzdem nach 5 Tagen Tod. Bei der Autopsie fanden sich enorme Drüsenpakete seitlich des Kehlkopfes bis zum Kieferwinkel und der Parotis. Im Kehlkopf eine unförmige Masse, die die einzelnen Stimmbänder nicht mehr unterscheiden läßt. Von der Epiglottis bis zur Luftröhre eine große Ulzeration. Knorpel unversehrt. Lungen links und rechts ausgedehnt, rechts wenig tuberkulös. Linker Nervus vagus und phrenicus durch Drüsen komprimiert. Verf. erwähnt unter einer kurzen Wiedergabe der Literatur die Seltenheit der Kehlkopftuberkulose bis zum 5. Lebensjahre. Hervorzuheben ist das gute Allgemeinbefinden, das Fehlen der Dysphagie und das späte Auftreten von Husten und Dyspnoe. Im Kindesalter findet sich am meisten die miliare Form, selten die ulzeröse, in Ausnahmefällen die »Forme végétante«. Letztere noch eher an der Grenze des Jünglingsalter, die ulzeröse mehr von 8—10 Jahren. Also in jeder Hinsicht ein Fall von großer Seltenheit. Die Notwendigkeit zu tracheotomieren tritt gleichfalls selten ein, da die Kinder meist an ihrer Lungentuberkulose zugrunde gehen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

41) **J. Cousteau.** Corps étranger de la région sous-glottique, extrait par voie endolaryngée.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 47.)

Bemerkenswert ist, daß Pat. den Fremdkörper einen Monat im Kehlkopfe trug, ohne es zu wissen. Anfälle von Husten, Dyspnoe mit folgendem Schluckweh und allmählichem Unvermögen, zu schlafen und zu essen, führten sie in eine spezialistische Behandlung. Auf Befragen gab sie an, daß sie ihr Gebiß seit Beginn der Anfälle vermisse. Die Entfernung desselben in Größe von 28 : 17 mm gelang auf endolaryngealem Wege. Selbstverständlich müsse man stets gewärtig sein, zu tracheotomieren. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

42) **W. Burk.** Über einen Fall von Fremdkörperextraktion aus den Luftwegen mittels eines Elektromagneten.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XVII. Hft. 1.)

Wie die Röntgenaufnahme zeigte, saß der Fremdkörper (eine Schraube) im linken Hauptbronchus. Selbst durch indirekte Bronchoskopie gelang es nicht, ihn einzustellen; mittels eines für den genannten Zweck eingeführten Elektromagneten wurde die Schraube dagegen ohne Schwierigkeiten herausbefördert. Wenn auch im vorliegenden Falle die Bronchoskopie nicht allein zum Ziele führte, so war sie doch von großem Werte; denn ohne dieselbe hätte der Elektromagnet wohl kaum die nicht gering zu schätzende Reibung an der Bronchialwand überwunden.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

43) **v. Stubenrauch** (München). Einfache Trachealhaken zum Gebrauche beim Kanülenwechsel.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 31.)

Die Haken haben die Biegung eines Cathéter bicoudé, die nach Bedarf geändert werden kann, und haben sich dem Verf. besonders in den Fällen, wo die Luftröhre

tief liegt — nach Einträuflung einiger Tropfen einer Kokain-Antipyrin-Karbolsäuremischung in den Luftröhrenschlitz —, sehr bewährt. **Kramer** (Glogau).

44) **Ahrent.** Ein seltener Fall von ödematösem Fibrom des Kehlkopfes.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XVII. Hft. 1.)

Die Seltenheit des Falles besteht vor allem in der Stelle der Insertion; die Geschwulst saß gestielt beinahe in der Mitte der Hinterwand dicht oberhalb des Stimmbandniveaus. Die Entfernung gelang leicht mit der Schlinge. In der einschlägigen Literatur wird stets die Abneigung gutartiger Neubildungen gegen die Interarytänoidalwand betont. Hier, wie in dem von Réthi publizierten Falle, liegt eine Ausnahme vor. Auffallend waren die geringen Atemstörungen, die die walnußgroße Geschwulst verursachte, obwohl sie fast die ganze Glottis bedeckte.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

45) **Brindel.** Un cas d'atrésie de la trachée et des grosses bronches par néoformation sclérémateuse d'origine traumatique.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 10.)

Der Fall des Verf. illustriert so recht den Wert der Tracheo-Bronchoskopie: Ein 64jähriger Zimmermann mit Trachealstenose und Asphyxie hatte 1870 einen Granatschuß in die vordere Halspartie, von links nach rechts durchschlagend, davongetragen; die in der Höhe des Schildknorpels befindliche Wunde war nach 12 Monaten verheilt; 1883 entstand an der Stelle der Narbe eine schmerzlose Anschwellung, die allmählich im Verlaufe der Jahre Faustgröße erreichte. Lannelongue vermochte nur einen Teil eines fest mit der Umgebung verwachsenen Gewebes zu entfernen, nicht aber die Luftröhre freizulegen und die Atembeschwerden zu beseitigen. 1 Jahr später kam Pat. in die Behandlung von Moure. Die Anschwellung war wieder gewachsen, besonders nach rechts, und zeigte hier zwei Fisteln, die eine 4 cm von der Medianlinie, die andere 2 cm über dem Schlüsselbeine. Die Tracheotomie war sehr erschwert, da die Luftröhre nach links abgewichen war, und nur ein Schwirren der Atemluft ihre Lage vermuten ließ. Die Operation brachte eine gewisse Erleichterung, nach 2 Tagen wieder eine Erneuerung der Asphyxie; die Einführung einer Speiseröhrensonde durch die Kanüle war von Erfolg begleitet. Mittels der Bronchoskopie konnte eine Verengerung der tiefen Partien der Luftröhre und der großen Bronchien festgestellt werden; eine weitere Anwendung der tracheo-bronchoskopischen Röhren gibt die Aussicht, eine fortschreitende Stenose bzw. Atresie hintanzuhalten. Ein Fremdkörper konnte durch die Röntgenoskopie ausgeschlossen werden. Die mikroskopische Untersuchung des seinerzeit exstirpierten Gewebes hatte ein Fibrom ergeben. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

46) **Henrici.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Trachealtumoren.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XVII. Hft. 2.)

Der 61jährige Pat. litt seit 15—20 Jahren an »Asthma«, das immer zunahm; als Ursache hiervon bestand eine breitbasig aufsitzende Geschwulst der hinteren Luftröhrenwand, von gesunder Schleimhaut überzogen, die Lichtung der Luftröhre fast völlig ausfüllend. Exstirpation nach vorangegangener Tracheotomie. Glatte Heilung; 2 Monate später Tod an Lungenembolie. Die schwer zu klassifizierende Geschwulst ähnelte noch am meisten den Geschwülsten der Regio parotidea oder submaxillaris. Da sie auch die von Bruns für intratracheale Strumen als charakteristisch angegebene Walzenform besaß, so neigt Verf. zu der Annahme, daß nicht die Art der Geschwulst, sondern ihr Sitz hier von Bedeutung für die Form sei; der Ausdehnung einer Geschwulst in der Hinterwand der Luftröhre setze sich naturgemäß in der knorpelfreien Schicht der geringste Widerstand entgegen. Daher die Walzenform. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).



47) **C. Goebel.** Zur Frage der Strumametastasen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 300.)

Kurze Mitteilung, daß ein früher von G. publizierter Fall metastatischer Kropfgeschwulst im Femur einer Frau (vgl. d. Bl. 1898 p. 542) 3 Jahre nach der Exartikulation an Metastasen im Becken und in den Lungen gestorben ist. Der Kropf der Frau war klein geblieben. (Beweis für die Bösartigkeit des metastasierenden Kropfes.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

48) **Ehrhardt.** Über Echinokokken der Schilddrüse.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Verf. teilt einen Fall von Schilddrüsenechinokokkus mit, der, retrosternal im vorderen Mediastinum gelegen, über das Brustbein in Hühnereigröße hervorragte, mit dem Isthmus und beiden Seitenlappen der Schilddrüse von unten her eng verwachsen war. Die völlige Entfernung der Cyste gelang erst nach Punktion und Entleerung der Echinokokkusmembran nebst Tochterblasen. Primärer Schluß der Wunde nach Einführung eines Tampons. Heilung in 12 Tagen. Die Diagnose konnte vor der Operation nicht gestellt werden. Nur in einem der bisher publizierten 22 Fälle gelang es. Nach dem Operationsbefund ist es nicht ganz sicher, daß sich der Echinokokkus primär in der Drüse entwickelt hat; die Möglichkeit ist nicht auszuschließen, daß er aus dem Mediastinum heraus erst sekundäre Verwachsungen mit der Schilddrüse eingegangen ist.

Was die Operationsmethode anbetrifft, so empfiehlt E., in allen Fällen den Versuch der Exstirpation des ganzen Sackes zu machen und nur, wenn dieser nicht gelingt, die Billroth'sche Methode (Aushülsung des Parasiten und Versenkung des vernähten, mit Jodoformöl angefüllten Sackes) oder das Bobrow-Delbet'sche Verfahren (Ausräumung mit Resektion und Naht des zurückgelassenen Cystenteiles) anzuwenden.

Langemak (Erfurt).

49) **Hartley.** Thyroidectomy for exophthalmic goitre.

(Annals of surgery 1905. July.)

H. berichtet über 15 Fälle von Morbus Basedow, die er operativ behandelte. Der Operation schickt er eine Behandlung mit Milch oder Serum thyreoidektomierter Ziegen voraus. Zur Narkose verwandte er Äther; nach ihm soll mit der Operation bei der Krankheit nicht zulange gewartet werden. Von 15 Fällen verlor er einen, 14 wurden gesund, und sie verloren ihre Angst, ihre Pulsbeschleunigung und die übrigen Nervenerregungen. Der Exophthalmus verschwand völlig in 11 Fällen, in 3 Fällen besserte er sich etwas. Zum Schluß gibt Verf. eine Statistik über die mit Resektion des Sympathicus behandelten Fälle. Er ist der Ansicht, daß die Thyreoidektomie der Sympathicodektomie vorzuziehen sei.

Herhold (Altona).

50) **E. F. Ingals.** Actinomycosis of the lung.

(New York med. record 1905. July 1.)

Ein Fall von Lungenaktinomykose, an den sich eine klinische Besprechung anschließt, wobei die Differentialdiagnose besonders erörtert wird. Für die Behandlung werden nach Ochsner sehr große Dosen Jodkali empfohlen, ungefähr 15 g täglich.

Bei der nach den bisherigen Erfahrungen so außerordentlich ungünstigen Prognose erscheint bei dieser Lokalisation des Strahlenpilzes die frühzeitige Diagnose ganz besonders wertvoll.

Die Herde radikal zu entfernen, wird trotzdem selten möglich sein bei der Neigung des Prozesses, sich nach den verschiedensten Richtungen auszubreiten. »Es ist aber eine Kombination von chirurgischem und medizinischem Handeln indiziert in der Hoffnung, daß das Jod dann noch ausheilt, was das Messer nicht erreichen kann.«

Dem Ausspruche des Verf.s wird gewiß jeder beistimmen, da sich außerordentlich trübe Resultate aus den Zusammenstellungen der konservativ behandelten Fälle

ergeben haben (v. Barącz, Poncet), und andererseits schon bei ausgedehnten Prozessen (z. B. Schlange, Karewski) Heilungen durch Operationen erzielt wurden.

Die Röntgenaufnahme des Lungenbefundes wird auf diesem Gebiete manche Aufklärung bringen und die Indikationen für etwaige Eingriffe sicherer wie bisher allein die Auskultation feststellen lassen. **Loewenhardt** (Breslau).

51) **A. Martina.** Zur Behandlung des Pleuraempyems.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 583.)

M. berichtet einen von Payr in Graz mit Glück nach der Methode von Hofmann (Kalk-Köln) behandelten Fall von Pleuraempyem. Diese Methode besteht darin, daß nach der Eiterentleerung mittels Rippenresektion die Empyemhöhle ausgespült, getrocknet und ohne Anwendung von Drainage durch einen Verband luftdicht abgeschlossen wird. Der Luftabschluß soll bis zum 3.—5. Tage dauern, in welcher Zeit die ausgedehnte Lunge schon genügend fixiert ist. Späterhin können kleine Drainagen eingelegt werden. Wichtig ist, die Thoraxfistel tunlichst tief entsprechend der 9. oder 10. Rippe in der Scapularlinie anzulegen. Zur Verhütung vorzeitigen Verklebens der Wundränder werden diese an der äußeren Haut in die Höhe genäht. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

52) **F. Hesse.** Geheilte Stichverletzung des Herzens.
(Sitzungsbericht der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg. Jahrg. 1905.)

Ein 13jähriger Junge kam 10—15 Minuten nach der Verletzung in die Klinik. Es handelte sich um eine $^3/_4$—1 cm lange, scharfrandige Wunde, gleichlaufend dem unteren Rande des 4. linken Rippenknorpels, etwa 1 Querfinger vom linken Sternalrande. Die Wunde blutete nicht mehr. Dabei war der Junge blaß, hatte kalte Hände und Füße. Der Puls war sehr klein, beschleunigt, bald besser, bald schlechter fühlbar. Die linke Brusthälfte schleppte etwas nach. Herzdämpfung war nicht verbreitert, Herztöne waren sehr leise. Perkussion und Palpation der Herzgegend waren sehr schmerzhaft. Über der linken Lunge hinten unten war eine 2—3 Querfinger breite Dämpfung. Die Probepunktion ergab daselbst hellrotes Blut. Anhaltspunkte für einen Pneumothorax fehlten. Operation in Chloroformnarkose eine Stunde nach der Aufnahme.

Der Schnitt wurde von der Mitte des Brustbeines durch die Stichöffnung auf der 4. Rippe bis 2 Querfinger lateral von der Mammillarlinie geführt. Der untere Rand des 4. Rippenknorpels wird schräg durchstochen vorgefunden. Nach Resektion der 4. Rippe in Ausdehnung von 7 cm vom Sternalgelenk aus quillt synchron mit der Atmung Blut aus der Stichwunde der Pleura costalis. Die Pleura wird dort eröffnet, worauf massenhaft hellrotes Blut aus dem linken Pleuraraume geschleudert wird. Gleichzeitig sieht man aus einer kleinen Wunde im Perikard nahe der Herzspitze hellrotes Blut aussickern. Es wird nun der Schnitt hufeisenförmig erweitert, zunächst nach oben zu mit Durchtrennung der 3. Rippe und dann im 2. Interkostalraume medialwärts, so daß der Lappen am Brustbein umgeklappt werden kann. Dann wird das Perikard von der Verletzungsstelle aus nach oben zu gespalten. 2—3 cm oberhalb der Herzspitze, $^3/_4$ cm links vom Fett des rechten Ventrikels, parallel der Längsachse findet sich die $^1/_2$—$^3/_4$ cm lange, nur mäßig blutende Stichöffnung, in die Herzlichtung vordringend. Nachdem noch die 5. Rippe medianwärts umgeklappt war, konnte die untere Herzhälfte von hinten gegen die 2. Rippe gedrückt werden, so daß H. drei mittelstarke und eine feine Seidennaht anlegen konnte, worauf die Blutung stand. Die Perikardialwunde wurde mit fortlaufender Catgutnaht geschlossen, die nur für ein Gummidrain Platz ließ. Dann kamen periostale Catgutnähte, Naht der Interkostalmuskulatur und tiefgreifende Hautnähte. Am unteren lateralen Winkel blieb die Wunde offen. Eine Gegenöffnung wurde unterhalb der Schulterblattspitze angelegt und drainiert. Verband und intravenöse Kochsalzinfusionen von 800 ccm.

Der Puls blieb lange frequent, 120—140. Es trat eine serös-fibrinöse Pleuritis und Perikarditis ein, die unter Drainage und Spülungen in 4—5 Wochen aus-

heilten. 4 Wochen nach der Verletzung konnte der Junge zum erstenmal aufstehen; die weitere Heilung ging ungestört vor sich. **E. Moser** (Zittau).

53) **A. Stoney.** A case of empyema of the gall bladder with unusual symptoms.

(Brit. med. journ. 1905. September 9.)

Bericht über einen mit Erfolg operierten Fall von Empyem der Gallenblase, bei dem das Querkolon über der Gallenblasengeschwulst hinwegzog und mit dem bis unterhalb der Nabellinie ausgezogenen dünnen Leberrand verwachsen war. Durch die so entstandene Tympanie zwischen Leberdämpfung und tastbarer Geschwulst war die irrtümliche Diagnose Appendicitis gestellt worden.

W. Weber (Dresden).

54) **Fr. Cahen** (Köln). Über die Leberfistel (Hepatostomie).

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 32.)

Bei einem 47jährigen Manne stellten sich mehrere Wochen nach einer bis dahin glücklich verlaufenen Cholecystostomie wegen Stein schwere Erscheinungen von Cholangitis ein, die wahrscheinlich durch im Ductus hepaticus zurückgebliebene, den Abfluß der Galle nach der Gallenblase und dem Darm vollständig aufhebende Konkremente veranlaßt wurden. Der Kranke entschloß sich zu einer zweiten Operation erst nach längerer Zeit, als bereits hochgradiger Kräfteverfall eingetreten war. Bei Lösung der Verwachsungen zwischen Bauchwand, Duodenum und Leber entstanden so heftige parenchymatöse Blutungen, daß an ein weiteres Vordringen nicht zu denken war. C. entschloß sich deshalb zur Anlegung einer Leberfistel, nähte in die größtenteils geschlossene Bauchwunde ein Stück des linken Leberlappens und brannte in diesen mit dem Paquelinbrenner einen 8 cm langen Kanal ein, der mit Jodoformgaze ausgestopft wurde. Nach 48 Stunden floß aus diesem Galle ab, die sich bei auffallend rascher Besserung des Befindens des Pat. einige Wochen lang reichlich entleerte. Der Ikterus nahm ab, die Temperatur wurde normal, und der Kranke genas vollständig. Die im Ductus hepaticus zurückgebliebenen Konkremente hatten offenbar sich spontan entleert, da durch die Gallenblasenfistel wieder Galle abfloß. Heilung beider Fisteln. **Kramer** (Glogau).

55) **E. Rausch.** Über Gallenfluß nach Echinokokkenoperation.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 2.)

Verf. beobachtete an Kehr's Abteilung einen Fall von Leberechinokokkus, nach dessen Operation vollständiger Gallenfluß eintrat, welcher durch die üblichen Mittel wie Ätzung, Ausschabung, Tamponade nicht zu heilen war. Deshalb wurde durch einen erneuten mühsamen Eingriff der Choledochus aufgesucht und inzidiert, und ähnlich wie bei der Hepaticusdrainage ein Rohr bis zur Echinokokkushöhle eingeführt. Im Laufe der nächsten Zeit wurde beim Ausspülen der Echinokokkushöhle und des Ductus hepaticus eine Echinokokkusblase entleert. Der Stuhlgang wurde wieder gefärbt, und fast alle Galle floß allmählich nach dem Darm ab. Pat. wurde geheilt entlassen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

56) **A. Ceccherelli** (Parma). Contributo alla cura chicurgica della cirrosi epatica.

(Clinica chirurgica 1905. Nr. 1.)

C. hat die Talma'sche Operation in drei Fällen von Lebercirrhose ausgeführt, deren Krankengeschichten besonders ausführlich mitgeteilt werden.

Einer, ein 35jähriger Mann, starb nach einigen Tagen infolge von Hämorrhagie aus geborstenen tiefen Speiseröhrenvenen; es fanden sich reichlich gut vaskularisierte Verwachsungen zwischen Netz und Bauchwand. Ein zweiter Fall — eine 69jährige Frau — endete 6 Monate später infolge einer Hirnhämorrhagie tödlich; auch hier waren reiche Venennetze zur Bauchwand gebildet. Der dritte Pat. —

ein 33jähriger Mann — befand sich nach mehr als 2 Jahren in gutem Gesundheitszustand. Es sammelte sich nach der Operation neuerlich Flüssigkeit an, kehrte aber nach einer Punktion nicht wieder. In der Haut bildeten sich zahlreiche sichtbare Venen. Ein Hautstück aus der Nabelgegend, das nach 5 Monaten unter auffallend starker Hämorrhagie exstirpiert wurde, zeigte die Gefäße ungemein vermehrt, erweitert: ihre Wände wiesen Reizerscheinungen auf, besonders die Intima, deren Endothelien weit in die Lichtung vorsprangen. Daselbst bestand auch eine mäßige kleinzellige Infiltration, vorwiegend mononukleärer Elemente, gemischt mit epitheloiden Formen. Hier und da sind auch zarte Gefäße, anscheinend ausschließlich aus Endothelien bestehend, zu beobachten.

Aus Versuchen, welche C. mit Zanarini angestellt hat, geht ferner hervor, daß bei Kaninchen die Blutversorgung der transplantierten Teile schlechter zwischen Muskeln und Haut als zwischen Bauchfell und Muskeln erfolgt; daß auch nach gut ausgeführter Operation an Hunden der Ascites zunimmt, wenn die Vena portae eine Zeitlang verengt bleibt, nach einigen Wochen aber wieder verschwindet; daß endlich die Gefäßneubildung schon nach etwa 5 Tagen eintritt.

J. Sternberg (Wien).

57) **A. Exner.** Zur Kasuistik und Therapie der Pankreascysten.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

E. stellte Nachforschungen an über das Schicksal der operierten Pankreascysten der II. chirurgischen Klinik (Hochenegg) und konnte von sieben Kranken Nachricht erhalten. Eine Frau, der die Cyste exstirpiert war, lebte und war gesund, gleichfalls zwei Pat., denen der Cystensack in die Bauchwand eingenäht war. Die übrigen vier (gleichfalls mit Einnähung) waren gestorben, zwei mit Sicherheit an den Folgen ihres Leidens, die beiden anderen an Ileus, durch den vom Pankreas zur vorderen Bauchwand ziehenden Cystensack verursacht, und an Kehlkopftuberkulose — (Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit durch lange Sekretion durch die Fistel). **Hübener** (Dresden).

58) **Krull** (Dresden). Narkosewagen, zugleich Vorbereitungs-, Verbands- und Operationstisch.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

Der Wagen vermittelt durch seine hoch- und tiefstellbare Tragplatte ohne Kraftanstrengung den Wechsel zweier Lagerstätten eines Kranken, ist von einer Person in Betrieb zu setzen, leicht fahr- und lenkbar. Die Lagerfläche ist abnehmbar und als Tragbahre zu benutzen. Außerdem dient er den im Titel angegebenen Zwecken. (Bezugsquelle: Medizinisches Warenhaus, Berlin; Preis 245 *M*.)

Kramer (Glogau).

59) **Klauber** (Prag). Eine neue Nadel zur Ausführung der Knochennaht.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Die Nadel ist wie die sogenannte Spicknadel im rückwärtigen Teile hohl, nach hinten offen, vorn dünn und durch vier Längsspalte federnd eingerichtet, so daß der in den Hohlraum der Nadel eingeführte Draht beim Durchziehen der Nadel zusammengepreßt und festgehalten wird, bis die Nadel und damit auch das vordere Ende des mitgeführten Drahtes den Knochen passiert hat.

Kramer (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 44. Sonnabend, den 4. November. **1905.**

Die Bedeutung der Spinalanalgesie für die Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Anus und Rektum.

Von

Dr. **Friedrich Neugebauer** in Mährisch-Ostrau.

Jeder, der Bier's Methode öfter angewendet hat, weiß, daß neben der Analgesie der unteren Körperabschnitte auch Motilitätslähmungen vorhanden sind, welche an den Beinen und dem Sphinkter des Mastdarmes besonders auffallen. Bei keinem anderen Anästhesierungsverfahren, auch nicht bei der Chloroformnarkose, kommt es so häufig zu unwillkürlichem Abgange von Kot.

Unter den 560 Spinalanalgesien (Diskussion zum Vortrage Bier's auf dem diesjähr. Chirurgenkongreß), welche bisher in unserem Kranken-

haus ausgeführt wurden, finden sich 79 Eingriffe am Anus und Rektum, und zwar 39 wegen Hämorrhoiden, 4 Fissuren, 17 Analfisteln, 6 Analfisteln kompliziert durch Hämorrhoiden, 8 periproktitische Abszesse, 2 Rektalpolypen, 2 Karzinome und 1 tuberkulöses Geschwür ad anum.

Die Beobachtungen, welche wir bei dieser Reihe von Operationen sammeln konnten, sind kurz folgende:

In einer Anzahl von Fällen klafft nach der Injektion der Anus ganz weit, so daß man ohne weiteres die untersten Teile des Rektum besichtigen kann. In anderen Fällen ist die Lähmung keine so weitgehende, doch ist sie vorhanden und kommt zum Ausdrucke durch das ganz veränderte Aussehen der inneren Hämorrhoidalknoten nach der Injektion. Dieselben erscheinen unvergleichlich viel größer, als ob die Injektion von einer Hyperämie dieser Teile begleitet würde. Indessen erklärt sich diese Erscheinung wohl nur dadurch, daß der paretische Ringmuskel die Knoten nun besser hervortreten läßt.

Ein solcher halbgelähmter Spinkter gibt dem Drucke zweier Finger leicht nach, und es ist einleuchtend, daß eine solche Parese oder Paralyse das Sehen und Arbeiten innerhalb des Muskelringes und knapp oberhalb desselben außerordentlich fördert. Es ist dies ein ganz besonderer Vorzug der Spinalanalgesie vor allen lokalen Analgesierungsmethoden und auch der Allgemeinnarkose.

Welche Bedeutung das leichte, einfache und schmerzlose Sichtbarmachen dieser Teile für die Diagnose haben kann, lehrte mich die Erfahrung bei einem Herrn B., welcher 4 Jahre mit einer schweren Anämie infolge von Darmblutungen mehrere Chirurgen von Ruf vergeblich konsultiert hatte. Es war bei dem negativen Inspektions- und Tuschierbefunde ein höher gelegener gutartiger Dickdarmtumor angenommen und die Laparotomie vorgeschlagen worden. Auch eine Beobachtung in unserem Krankenhause verlief ganz negativ, und der Kranke verschob den Eingriff. Nach einem Jahre wurde ich durch die mit den Analoperationen gemachten Erfahrungen veranlaßt, doch noch einmal unter spinaler Analgesie zu untersuchen. Es gelang nun ganz ohne instrumentelle Beihilfe, über dem Sphinkterring einen weichen, nicht tastbaren Hämorrhoidalknoten mit einer Öffnung an der Kuppe zu entdecken. Die vor einem halben Jahr ausgeführte Operation brachte dauernde Heilung.

Eine andere Beobachtung soll hier mit erwähnt werden, weil auch dabei die Ausschaltung der Muskeltätigkeit durch die spinale Injektion die Ursache abzugeben scheint. Wir sahen im Laufe der letzten Wochen dreimal ein ganz spontanes Zurückgehen zweier inkarzerierter Leisten- und eines Schenkelbruches nach der zum Zwecke der Herniotomie vorgenommenen Injektion, so wie dies auch in tiefer Narkose beobachtet wurde.

---

1) **L. Bornhaupt.** Gefäßverletzungen und traumatische Aneurysmen im russisch-japanischen Kriege.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 3.)

Verf. veröffentlicht seine Erfahrungen, die er in dem russischen Hospital zu Charbin gemacht hat. Das Mantelgeschoß kann die Arterien streifen oder lochförmig durchbohren. Der enge Schußkanal begünstigt die Bildung eines Aneurysmas, das bei rationeller, konservativer Behandlung und rechtzeitiger Immobilisierung meist keine Nachblutung verursacht; die Symptome eines Aneurysmas können sofort auftreten, können in der ersten Zeit durch einen diffusen Bluterguß in die Weichteile maskiert werden, können aber auch erst nach Wochen auftreten. Das arterielle Aneurysma zeigt eine deutliche Pulsation, aber kein Schwirren. Das Geräusch kann fehlen. In einer Reihe von Aneurysmafällen tritt Spontanheilung ein, so daß bei jeder nicht stark blutenden Gefäßverletzung eine konservative Therapie am Platze ist. 4—6 Wochen nach verheilter Wunde schreitet man zum operativen Eingriff. Bei kleinen Defekten in der Gefäßwand ist die Gefäßnaht zu empfehlen. Bei strenger Asepsis gibt auch die Exstirpation des Aneurysma gute Resultate. Bei zentraler und peripherer Unterbindung mit Eröffnung des Sackes nach v. Mikulicz kann es zu Nachblutungen aus Ästen kommen, die vom Sack ausgehen.

Trifft eine Schußverletzung Arterie und Vene zugleich, so gestalten sich bei mangelnder Infektion die Verhältnisse günstig zur Bildung eines arterio-venösen Aneurysmas. Auch für diese ist zuerst die konservative Therapie anzuraten. Nach einiger Zeit ist als die beste operative Methode die totale Exstirpation des Aneurysmas zu empfehlen. Neunmal hat B. die Exstirpation eines arterio-venösen Aneurysmas ausgeführt und jedesmal einen guten Erfolg erzielt. Die Wiederherstellung der Funktion schritt nur dann langsamer fort, wenn vor dem Eingriff starke Schwellungen, Ödeme und Lähmungen vorhanden waren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

2) **T. Austen.** The collection and distribution of wounded in a modern cruiser engagement.

(Brit. med. journ. 1905. August 12.)

Verf. berichtet als Augenzeuge über die Versorgung der Verwundeten des russischen Kreuzers »Variag«, bei dessen 40 Minuten währendem Gefecht mit den Japanern. Von 150 Mann der Besatzung, die an exponierten Stellen des Schiffes tätig gewesen waren, wurden 40 getötet und 68 verwundet. Die erste Versorgung der Verwundeten nahm 2 Stunden in Anspruch unter Beihilfe von fünf Ärzten und beschränkte sich auf einfachen Wundverband und Schienung von Frakturen. Auf Grund seiner Beobachtungen fordert Verf. die Durchführung folgender Grundsätze: mehrere Verbandplätze im Hauptdeck unter Schutz der Kasematten; Fortschaffung der Verwundeten durch Träger in den Gefechtspausen oder später; Schutz des Arztes während

des Feuers unter der Wasserlinie bis nach dem Gefecht oder bis zu Gefechtspausen oder bis zur Abflauung des feindlichen Feuers; zur Verteilung der Verwundeten ein Hospitalschiff auf etwa sechs Linienschiffe. **W. Weber** (Dresden).

3) **M. Beadnell.** On the disposal of our wounded in a naval war.

(Brit. med. journ. 1905. August 12.)

Während kleine Kriegsfahrzeuge, wie Unterseeboote, Torpedoboote, Kanonenboote usw., ihre Verwundeten sobald als möglich evakuieren müssen, verlangt Verf. für Kreuzer und Linienschiffe besonders bei der Konstruktion vorgesehene, mit Panzerschutz versehene Verwundetenräume unter Deck, die durch senkrechte Schächte mit Leitern mit dem Gefechtsdeck in Verbindung stehen müssen, und beweist an Beispielen aus den letzten Seekriegen die furchtbare Gefährdung von Lazareträumen ohne Panzerung. Wegen seiner Unersetzbarkeit muß der Arzt während des Feuers in diesem Raum unter Deck bleiben. Die Verwundeten müssen auf alle Fälle nach Anlegung des ersten provisorischen Verbandes um ihrer selbst willen, besonders aber wegen des demoralisierenden Eindruckes ihres Anblickes auf die anderen vom Ort ihrer Verwundung fort unter Deck geschafft werden. Die Verwundetenräume müssen durch besondere Schächte von oben erreichbar, müssen gut ventiliert und mit allem Nötigen versehen sein.

W. Weber (Dresden).

4) **Andrews.** Arrangements for treatment of the wounded in action on board H. M. S. »Magnificent« (»Majestic« class).

(Brit. med. journ. 1905. August 12.)

Verf. folgert aus den Erfahrungen des Krieges in Ostasien, daß während einer Seeschlacht kein Platz auf einem Schiffe wirklich sicher ist gegen feindliches Feuer. Es hat daher keinen Sinn, den Arzt unter Deck zu halten, bis das Gefecht vorüber ist, wie vielfach empfohlen wird. Vielmehr soll er seine Hilfe bringen, wo sie nötig wird. Die Verwundeten sollen nach Anlegung eines ersten Verbandes sofort, um die Unverwundeten in ihrer Gefechtsfähigkeit nicht herabzusetzen, nach zwei an Deck im Schutze von Panzertürmen befindlichen Verbandplätzen gebracht werden. Vor dem Gefechtsbeginn werden die Mannschaften mit frischer Kleidung versehen. Größere Eingriffe werden nach dem Gefecht vorgenommen an einem Platze des Schiffes, dessen Wahl ganz und gar abhängig ist von den erlittenen Beschädigungen. **W. Weber** (Dresden).

5) **R. Werner.** Über Radiumwirkung auf Infektionserreger und Gewebsinfektion. (Aus der chir. Univ.-Klinik Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 34.)

W. hat seine bekannten Untersuchungen (s. d. Bl. 1904 Nr. 43) weiter fortgesetzt und berichtet in vorliegender Abhandlung des Ge-

naueren über die erzielten Ergebnisse. Unter Hinweis auf die Arbeit selbst sei hier nur kurz hervorgehoben, daß nach diesen die Radiumstrahlen auf Bakterien nicht nur tötend, sondern auch entgiftend wirken können, ohne ihre antitoxinbildenden Eigenschaften aufzuheben, und ferner, daß die durch Radiumwirkung zugrunde gehenden Körperzellen (Radiumnekrosen) imstande sind, bakterizide Eigenschaften zu entwickeln. **Kramer** (Glogau).

---

6) **P. Wichmann** (Hamburg). Zur Röntgentherapie.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 34.)

Zur Vereinfachung und Verbesserung der technischen Seite der Bestrahlungstherapie hat W. eine neue Röntgenröhre konstruiert, die bis auf einen der Mitte der Antikathode gegenüberliegenden Kreisausschnitt von 7 resp. 12 cm im Durchmesser mit einer isolierenden Hülle abgedeckt ist. Auf den die ergiebigste Strahlung der Röhre vermittelnden Kreisausschnitt wird ein Röhrensystem, welches auf den Fokus der Röhre zentriert ist, aufgesetzt. Hierdurch wird erreicht, daß die zentrierten Strahlen direkt und ausschließlich auf die zu bestrahlende kleine Fläche hingeleitet werden. Die sterilisierbaren Röhren können in entsprechenden Maßverhältnissen und Formen ganz nach Wunsch angefertigt werden, so daß ihre Einführung auch in Fistelgänge, in Körperhöhlen möglich ist. **Kramer** (Glogau).

---

7) **Altmann** (Erfurt). Wundbehandlung mittels ultra-violetten Lichtes.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 36.)

In der Schott'schen (Jena) Quecksilberdampflampe besitzen wir einen Strahlenkörper, welcher, der Wärme bar, in hohem Maße den chemischen Wirkungen im Sinne Finsen's entspricht; sie sendet eine Fülle blau- bis ultravioletter Strahlen aus, die eine stark Ozon erzeugende Wirkung haben und besonders hierdurch in therapeutischer Hinsicht wertvoll sind. Neben dieser Wirkung, auf der das Hellrotwerden venösen Blutes und die Beschleunigung der Blutgerinnung beruhen dürfte, hat die Schott'sche Uviollampe gleich dem Sonnenlichte stark hautreizende, gefäßerweiternde, wie bakterientötende Einflüsse, so daß sich mit ihr in der Behandlung von Hautkrankheiten und Beingeschwüren bemerkenswerte Erfolge erzielen lassen. A. berichtet über solche in 10 Fällen von Fußgeschwüren, die 3 bis 8mal Bestrahlungen von halbstündiger Dauer ausgesetzt wurden: Die Geschwürsflächen färbten sich schon während der Uviolstrahleneinwirkung hellrot, um nach einer halben Stunde teilweise trocken zu sein. Am nächsten Tage zeigten sie eine feste, rote Umwallung und ebensolche Granulationen, soweit nicht schon Verschorfung eingetreten war. Die umgebende Haut wurde lebhaft gerötet, glatt und von dauernder Straffheit, stechende Schmerzen hörten auf, und es heilten sämtliche

Fälle, obwohl die Pat. ihrer Berufstätigkeit unvermindert nachgingen, in längstens 4 Wochen.

Kramer (Glogau).

---

8) **H. Morrow** (San Francisco). Ethyl chloride in the treatement of zoster.

(Journ. of cutan. diseases 1905. April.)

M. empfiehlt für die Behandlung des Zoster die Applikation des Äthylchlorid mehrmals am Tage, der er besonders eine Behebung der neuralgischen Schmerzen vindiziert. Inwieweit event. durch die Methode auch die so besonders empfindlichen Nachschmerzen, nach vollkommen eingetretener Heilung, beeinflußt werden, das wird in der kurzen Arbeit nicht erwähnt. (Die Applikation ist jedenfalls nur in der allerfrühesten Zeit möglich; sobald bereits Blaseneruptionen aufgetreten sind, kommt es zum Zerfall der Blasendecken, die man ja gerade vermeiden will. Bisher hat uns die Unna'sche Pinselung, 1% Acidum carbol., 1% Ichthyol und 1% Sublimat in Alkohol gelöst in keinem Stadium der Erkrankung im Stiche gelassen. Ref.)

Harttung (Breslau).

---

9) **Asch.** Eine neue Strikturbehandlung.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 7.)

Verf. empfiehlt seine Methode als eine Strikturbehandlung, welche ohne Berufsstörung schneller zum Ziele führt als die gewöhnliche Sondenkur. Sie besteht in Ätzung der Infiltrationen und narbigen Stränge mit Jodtinktur, event. in Auskratzung mit scharfem Löffel. Natürlich ist vorher eine exakte Einstellung der betreffenden Stellen mittels Urethroskops nötig. Aus diesem Grunde sieht Verf. diese Behandlungsweise als ein Monopol der Urologen an.

Grunert (Dresden).

---

10) **J. Verhoogen.** Über Prostatektomie.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 7.)

Die etwa 1000 Fälle umfassende Statistik der Prostatektomie zeigt, daß für die bei weitem größte Mehrzahl der Fälle als Indikation zur Operation die Hypertrophie der Prostata in Betracht kommt. Sodann bilden Tuberkulose und bösartige Geschwülste die Operationsindikationen. Die Erfolge bei letzteren beiden sind noch ungenügend.

Nach Thomson leiden 34% der Männer im Alter von 60 Jahren an Prostatahypertrophie, wobei in 15 oder 16% bestimmte Störungen auftreten. Von diesen Fällen sollen nach Ansicht des Verf. alle diejenigen operiert werden, bei denen die Prostatahypertrophie Erscheinungen sekundärer Erkrankungen macht, also im Grunde genommen alle, welche bei der symptomatischen Behandlung keinen klaren Urin behalten. Die Exstirpation der Prostata erfolgt auf perinealem oder transvesikalem Wege (hoher Blasenschnitt). Verf. bevorzugt die perineale Methode, dieselbe, die er bereits im Jahre

1896 beschrieben hat, nur mit einer Modifikation des Hautschnittes und der Lagerung des Pat. (derselbe liegt auf dem Bauche; der Hautschnitt wird schräg, 2—3 cm vor dem Afterrande, direkt vor dem häufig durchzufühlenden vorderen Rande des Sphincter ani geführt). Einzelheiten der Technik sind im Originale nachzulesen.

Verf. hat bei 21 perinealen Prostatektomien einen Todesfall gehabt (einige Wochen nach der Operation an den Folgen einer vorher vorhandenen Pyelocystitis); in vier Fällen schlossen sich an die Operationen Harnröhrenfisteln an; eine davon ist durch Anfrischung geheilt worden. Einmal ist dem Verf. ein Riß in den Mastdarm mit folgender Harnröhrenmastdarmfistel vorgekommen, und endlich bildete sich in einem anderen Falle 6 Tage nach der Operation an der vorderen Mastdarmwand eine Nekrose und demzufolge eine Fistel.

Abgesehen von diesen Fällen nahm die Wundheilung bis zur Vernarbung im allgemeinen 3—4 Wochen, bisweilen auch 2—3 Monate in Anspruch. Hierbei war das funktionelle Resultat ein ausgezeichnetes.

Der Schluß der Arbeit beschreibt die Technik der transvesikalen Prostatektomie. Bei dieser ergibt die Statistik eine Sterblichkeit von 10%. Diese Sterblichkeitsziffer übersteigt ein wenig diejenige der perinealen Methode. **Grunert** (Dresden).

---

11) **F. Völcker** und **A. Lichtenberg.** Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde. (Aus der Heidelberger chirurg. Universitätsklinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Wenn auch durch Untersuchungen der Blase in situ an der uneröffneten Leiche, ferner durch die Gefriermethode wertvolle Aufschlüsse über die Gestalt des Organes erhalten worden sind, so sind doch noch nicht alle sich in bezug hierauf aufdrängenden Fragen gelöst. Die Verff. haben dann in Berücksichtigung der beim Studium andere Hohlorgane neuerdings mit den Röntgenstrahlen vielfach erhaltenen guten Erfolge diese Methode auch für die menschliche Blase versucht und letztere zum Zweck ihrer Durchleuchtung mit einem undurchlässigen Material — 2%ige Lösung (120—150 g von Argent. colloid.) — gefüllt, nachdem von anderer Seite hierzu 10%ige Aufschwemmungen von Bismut. subnitr. oder Lufteinblasungen verwendet worden waren. Die erhaltenen Bilder waren von größter Klarheit. Bei Aufnahmen von vorn nach hinten zeigte die gesunde Blase junger männlicher und weiblicher Individuen eine stumpfe, birnförmige Gestalt mit breiter nach oben gerichteter Basis und nach unten stehender Spitze. Bei Mehrgebärenden fanden sich eigentümliche Asymmetrien der Harnblase, bei Prostatahypertrophie breite Abrundung nach unten. Mehrere Abbildungen solcher Blasen mit und ohne Divertikelbildung, ferner die von Blasenverlagerung, von angeborenem Blasendivertikel sind sehr interessant. So lassen sich mit der Röntgenographie also

auch für die menschliche Harnblase wertvolle Aufschlüsse über pathologische Zustände derselben erzielen. **Kramer** (Glogau).

---

12) **Haberern.** Die zuverlässige Diagnose von Blasensteinen mittels Röntgenaufnahmen.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 7.)

Verf. hat — ohne Kenntnis der gleichartigen Wittek'schen Versuche — Blasensteine nach Analogie der Darmaufblähung durch Aufblähung der Blase mit Luft zur guten Darstellung im Röntgenogramm gebracht. (3 Abbildungen.) **Grunert** (Dresden).

---

13) **E. Gierke.** Über Malakoplakie der Harnblase. (Aus dem pathol. Institut der Universität Freiburg i. Br.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 29.)

Von der mit obigem Namen bezeichneten, in ihrem Wesen noch nicht aufgeklärten Affektion liegen bisher einschließlich der von G. mitgeteilten zwei neuen erst neun Beobachtungen vor. Meist bei vorher bestehender Cystitis zeigte die Sektion in der Blase — öfter auf den Schleimhautfalten — flach erhabene Herde, manchmal von pilzförmiger Beschaffenheit, gelblicher Farbe, rötlichem Hof, von unter Hirsekorn- bis über Pfennigstückgröße; zuweilen fanden sie sich auch in Harnleitern und Nierenbecken. Die Plaques bestehen aus eigenartigen großen Zellen, die häufig Bacillen und andere Einschlüsse von konzentrischer Schichtung und Eisenreaktion (Rest von Blut und Gewebstrümmern) enthalten, nach der freien Oberfläche größer werden und in senkrechten Reihen, durch sehr spärliches Bindegewebe voneinander getrennt liegen; das Epithel ist auf der Kuppe immer defekt, sonst von den großen Zellen scharf abgrenzbar. Zuweilen reichen die Herde bis zur Muscularis.

G. nimmt an, daß die großen Zellen Abkömmlinge fixer oder mobiler Gewebselemente sind, die sich nach Verlust des Epithels auf der Kuppe vielleicht mit Urin infiltrieren; der infiltrierte Harn führt durch chemische und bakterielle Reizung zu Degeneration, Proliferation, Aufquellung der Zellen und zu Imprägnation mit Mineralien (Eisen, Kalk). — Von den neun Individuen litten vier an Tuberkulose, ohne daß in den Plaques Tuberkelbazillen vorhanden waren.

Kramer (Glogau).

---

14) **J. Albarran.** Exploration des fonctions rénales. Étude médico-chirurgicale.

Paris, **Masson & Cie.**, 1905. 604 S.

Das vorliegende sehr ausführliche Werk über die Nierenfunktionen wird von dem Verf. selbst als eine »medizinisch-chirurgische« Studie bezeichnet. Soll doch der erste Teil, die einheitliche Betrachtung der

Nieren in ihrer Gesamttätigkeit, mehr in das Gebiet der inneren Medizin fallen, während der zweite Teil sich mit dem Verhalten der getrennten Funktion jeder Niere beschäftigt und demgemäß die modernen Errungenschaften der Nierenchirurgie besonders betrifft.

Der enge Zusammenhang beider Disziplinen der Medizin auf diesem Gebiete und die Notwendigkeit umfassender Gesichtspunkte für die Erkenntnis des Problems der funktionellen Diagnostik begründen indes, daß trotz dieser Teilung ein unmittelbarer Zusammenhang bestehen bleibt.

Kein Leser wird ohne Vorteil das äußerst klar und übersichtlich geschriebene Werk studieren, sei es auch nur, um einen Begriff von der Vielseitigkeit des Themas, von den bereits gefundenen Resultaten und den noch zu lösenden Aufgaben zu erhalten.

Die ausgiebige Benutzung der Literatur, naturgemäß mit Voranstellung der Arbeiten französischer Forscher, bietet auch dem auf diesem Gebiete nicht besonders Bewanderten die Gelegenheit, einen Einblick in dasselbe zu gewinnen.

Die Rolle der Niere vom Gesichtspunkte der »inneren Sekretion« wird als ganz unbekannt, kaum in der Existenz erwiesen und auf sehr fragwürdigen physiologischen Grundlagen aufgebaut hingestellt. Die ganzen funktionellen Forschungen können sich daher nur auf der Basis der Annahme einer Drüse »mit äußerer Sekretion« bewegen.

In letzterer Beziehung handelt es sich im Verhältnis zum Blut 1) um ein »elektives Filter« mit verschiedener Permeabilität und 2) um eine wahre Drüse mit der Fähigkeit, synthetisch neue Körper zu bilden, wie z. B. die Hippursäure, welche, wie bekanntlich Bunge und Schmiedeberg erwiesen, aus Benzoesäure und Glykokoll entsteht.

Es ist aber zu bemerken, daß man einschließlich dem letztgenannten keinen einzigen Körper kennt, welcher sicher nur in den Nieren allein gebildet wird. So liefert z. B. auch die Brustdrüse aus dem Phloridzin Zucker, und das Methylenblau wird auch in der Leber rekonstruiert.

Die Filtration (wir lassen diesen Ausdruck und sind uns bewußt, daß dabei nur im allgemeinen der Übergang von Substanz aus dem Blute in den Harn gemeint ist), hängt zwar hauptsächlich von zwei Faktoren ab, von der Zusammensetzung des Blutes und dem Zustande des Parenchyms, daneben wird aber der Einfluß der Zirkulation und des Nervensystems auf die Urinsekretion zu wenig beachtet.

Die Methoden zur Feststellung der Nierenfunktion bauen sich auf quantitative und qualitative Untersuchungen, 1) des Blutes, 2) des Urins, 3) Vergleiche beider Medien auf. Die Konstanz der Blutzusammensetzung hängt aber durchaus nicht allein von der Tätigkeit der Nieren, sondern von der Tätigkeit aller anderen Drüsen des Körperhaushaltes und von dem Austausch mit den Gewebssäften ab.

Wenn infolge einer Nierenerkrankung die Blutbestandteile verändert sind, übt diese verschiedene Blutbeschaffenheit wieder einen besonderen Einfluß auf die Niere aus, und man müßte erst wissen,

wie sich eine normale Niere einer so veränderten Blutbeschaffenheit gegenüber verhalten würde. Beachtet man, daß eigentlich noch den Einflüssen der Zirkulation und Innervation Rechnung getragen werden sollte, so versteht man die außerordentliche Vielseitigkeit des Problems, und daß genannte Verfahren recht unzureichend sein müssen.

Von den Methoden der Blutuntersuchung ist die chemische Analyse zu schwierig; auch sind die Resultate der Toxizitätsfrage noch nicht gesichert. Der normale Blutgefrierpunkt zeigt nicht mit Sicherheit die ausreichende Nierenfunktion an: wenn eine Niere ganz gesund ist, kann δ bis —0,60 fallen, und wenn beide Nieren recht krank sind, normal —0,56 ergeben. Man kann aber die Möglichkeit einer Niereninsuffizienz im Auge haben, wenn δ —0,60 ist. Die Feststellung von δ wird aber wertvoll, wenn man aus irgendwelchem Grunde nicht den Urin jeder Niere getrennt zur Untersuchung erhalten kann. Außer den bekannten Fällen von Senator, Moritz, Wieprecht und Israel wird ein Beispiel von Leon Bernard angeführt, welcher bei einem chlorotischen Mädchen mit anderweitig als normal festgestellten Nieren —0,61 und bei Diabetes —0,80 fand. Daß unter ganz besonderen Verhältnissen (nicht kompensierte Herzkrankheiten, Diabetes und Eklampsie, großer Ovarienkrebs) solche Ergebnisse vorkommen, haben übrigens auch Kümmell und Rumpel nie bestritten.

Die Aufstellungen $\frac{\delta}{\text{spez. Gewicht}}$ und $\frac{\delta}{\text{Chlornatrium}}$, welche nach Kövesi und Suranyi bei Niereninsuffizienz erhöht sein sollen, glaubt Verf. unter den oben angeführten allgemeinen Gesichtspunkten a priori beanstanden zu müssen und hält auch die Resultate bisher für ganz unbestätigt.

Eine erstklassige Methode zur Erforschung der Nierenfunktion bleibt die chemische Urinanalyse trotz aller Einwände, wie z. B. Veränderungen durch Polyurie, Ernährungsverhältnisse, Einfluß von Krankheiten (z. B. Harnstoffverminderung bei Leberaffektionen). Im einzelnen wird vom Verf. die Ausscheidung des Harnstoffes, des Kochsalzes, der Phosphate und der Harnsäure in ihrer verschiedenen Bedeutung resp. Bedeutungslosigkeit erläutert.

Bei den Nephritiden rühre die Verminderung des Harnstoffes im Urin zum Teil jedenfalls von der Erkrankung der Niere her, wenn auch andere Einflüsse, namentlich die allgemeinen Ursachen der Nierenerkrankung (Infektion, Intoxikation oder Ernährungsstörungen) wichtige Modifikationen in der Absonderung der Harnbestandteile hervorrufen können.

Die Urinmenge gibt keine eindeutigen Werte, weil, abgesehen von jeder Nierenerkrankung, auch andere Krankheiten bedeutende Polyurien hervorrufen; mindestens muß man gleichzeitig die Menge der ausgeschiedenen Produkte mit in Betracht ziehen. In vielen Fällen liefert aber die eine erkrankte Niere geringere Mengen Urin.

Die Messung des spezifischen Gewichtes ist auch mit Reserve hinzunehmen. In den meisten Fällen sind die Resultate aber über-

einstimmend mit denen anderer Methoden, d. h. also die kranke Seite liefert die kleinere Menge.

Für die Kryoskopie bedient sich A. des Apparates von Bousquet (modifizierter Beckmann). Zur gleichmäßigen Übertragung der Temperatur wird die Kältemischung von dem Glas mit der zu untersuchenden Flüssigkeit durch ein weiteres Reagensglas mit einer Wasser- und Glyzerinmischung ãã getrennt.

Es folgt die Besprechung der bekannten Theorie der Nierensekretion nach Koranyi, gegen welche die Bildung von Hippursäure und die hohen Werte von $\frac{\Delta}{NaCl}$ bei Säuglingen u. a. sprechen sollen, während der Wert $\frac{U^1}{NaCl}$ durchaus nicht immer, wie an einer Reihe von Beispielen erläutert wird, auf der Seite mit konzentriertem Urin am größten auszufallen braucht.

Schon dadurch, daß die kranke Niere eine größere Quantität Kochsalz als die gesunde ausscheiden kann, verlieren alle auf Theorie von Koranyi basierenden Methoden an absolutem Wert, nämlich 1) das Verfahren von Claude und Balthazard, welcher auf Δ, Chlornatrium, 24stündige Urinmenge und Körpergewicht Rücksicht nimmt, 2) die Methode von Claude und Mauté (»Chlorurie alimentaire experimentale«), die im wesentlichen in dem Studium der Modifikationen liegt, welche das Chlornatrium und die chlorfreien Urinsubstanzen bei einer unter bestimmten Bedingungen per os verabreichten Kochsalzdosis ergeben. 3) Das Verfahren von Teissier (»Chlorurie alimentaire spontanée«), welches auf der Kenntnis des Kochsalzgehaltes der eingenommenen Nahrungsmittel und der ausgeschiedenen Chlornatriummenge beruht, aber die Arterienspannung und zum Teil auch die Formeln von Claude und Balthazard mit in Betracht zieht.

Die letzten beiden Untersuchungsarten gehören schon unter eine neue Gruppe, welche das Studium der »provozierten Ausscheidungen« betrifft. Hier ist vor allem den Methylenblauinjektionen ein größeres Kapitel gewidmet, denen nur ein Wert zugesprochen wird, wenn man den Beginn, die Art des Verlaufes, die Dauer und die Quantität der ausgeschiedenen Produkte (Blau und Chromogen) in Betracht zieht. Für gewisse Fälle von Nierensklerose scheint die mangelnde Methylenblauausscheidung in gewisser Weise typisch zu sein. Man ersieht aber trotz der Vorliebe, mit der A. die Methylenblaumethode ausübt, aus seinen eigenen Erläuterungen, daß eine Sicherheit der Deutung auch diesem Verfahren nicht zukommt. Nicht etwa obiger Methode parallel gehen die Ausscheidungen von Fuchsin, Rosanilin, Jodkali, salizylsaurem Natron; sie werden bezüglich ihrer Permeabilität in kürzeren Abschnitten behandelt. Jede Substanz hat eben einen eigenen Ausscheidungskoeffizienten. Besondere Schlüsse lassen sich aus letzteren, bei uns wohl kaum geübten Verfahren auch nicht ziehen. Noch

weniger Resultate hat die Bestimmung der Toxizität des Urins gezeitigt, selbst wenn man sie mit der des Blutes vergleicht.

Merkwürdigerweise wird der nach Léon Bernard benannten Formel $\frac{\delta}{\Delta} \times$ Harnmenge[1] ein gewisser Wert beigemessen.

In dem zweiten Kapitel, welches die Feststellung des funktionellen Wertes der Niere in ihrer Eigenschaft als Drüse betrachtet, wird außer einem kurzen aber ergebnislosen Hinweis auf die Bestimmung der Hippursäure die Phloridzinglykosurie behandelt. Es interessiert hier die Feststellung der häufigen Widersprüche in den Vergleichsresultaten mit Methylenblau, Kryoskopie und chemischer Analyse. Auch sonst ist das Verfahren nicht ganz einwandsfrei, aber für die Entdeckung epithelialer Nephritiden, welche durch die Farbstoffmethoden nicht erkannt werden, besonders wertvoll. Wir gehen schon wegen der ausführlichen Behandlung in unserer Literatur hierauf nicht weiter ein.

Für die klinische Betrachtung ergibt sich aus allem, daß es bisher kein einziges ausschließliches Verfahren gibt, durch welches mit Sicherheit die Nierenfunktion festgelegt werden kann. Es läßt sich auch keine sichere Beziehung zwischen den funktionellen Störungen und dem anatomischen Zustande aufstellen. Dagegen ergänzen sich verschiedene Verfahren und liefern diagnostische und prognostische Fingerzeige von großem Interesse.

Man muß nach dem heutigen Stande unserer Kenntnis, um den Zustand der Nieren, ohne gleichzeitige Trennung des Urins jeder Seite, bestimmen zu können, die Untersuchung in folgender Weise ausführen: 1) Chemische Analyse der 24stündigen Menge möglichst mehrere Tage hintereinander, 2) spezifisches Gewicht im Verhältnis zur Quantität, 3) Δ und die Formeln

$$\Delta \times \frac{\text{Harnmenge}}{\text{Körpergewicht}} \text{ und } (\Delta - \Delta\,\text{NaCl}) \times \frac{\text{Harnmenge}^{1}}{\text{Körpergewicht}},$$

4) Methylenblauversuch, 5) in zweifelhaften Fällen noch andere Methoden; Blutkryoskopie, Verfahren Claude und Balthazard und Bernard, Phloridzin und Jodkali. Erst der Vergleich der Resultate hat einen wahren praktischen Wert.

Die Urinanalyse gewinnt besonders an Wert, wenn ein bestimmtes Ernährungsregime innegehalten wird, ein Thema, welches für die einzelne Niere erst im zweiten Teil des Buches behandelt, hier aber merkwürdigerweise nicht weiter erörtert wird.

Für die Chirurgie hat nun das Studium des Gesamturins in der Prognose großer Operationen einen hervorragenden Wert. Wie oft muß das Wort »Chok« schlechte Erfolge verdecken, während man sich doch nicht die Mühe gegeben hat, die anderweitigen Ursachen aufzu-

---

[1] Anm. Hier ist wie üblich δ der Blutgefrierpunkt; bei Albarran bedeutet δ die molekuläre Konzentration des Harns abzüglich des Chlornatriums, also $\Delta - \Delta$NaCl. U bedeutet Harnstoff.

decken, welche die Widerstandsfähigkeit des Kranken herabgesetzt haben können, z. B. also funktionelle Nierenstörungen. Wie oft haben Infektionen, wie Osteomyelitis, Bauchgeschwulst und Appendicitisfälle die Nieren schon schwer geschädigt. Noch mehr muß in der Chirurgie der Harnorgane die gemeinsame Arbeit beider Nieren beobachtet werden, vor allem für die Prostatektomie. Daß A. nur zwei Todesfälle auf 67 perineale Eingriffe verzeichnet, ist nach seiner sicheren Überzeugung eine Folge der regelmäßigen Aufnahme der Nierenfunktion. Man muß aber besonders bei letzteren Kranken mit zwei Fehlerquellen rechnen, der Polyurie und der wechselnden Kochsalzausscheidung, welche besonders die Formeln von Claude und Balthazard trügerisch beeinflussen.

Für die Diagnose werden besonders in den komplizierten Fällen, wo Herzaffektionen mit Albuminurie einhergehen, Aufschlüsse über den event. unversehrten Harnapparat gewonnen. Ein andermal entdeckt man ohne irgendwelche Anzeichen, welche auf Nierenerkrankungen deuten, dennoch sklerotische Prozesse, z. B. mit Methylenblau. Daß bei der Urämie hin und wieder die Nierenbeteiligung auf Grund funktioneller Untersuchungen ganz in den Hintergrund tritt und die Prognose so sich ändert, ist ebenfalls erwiesen. Wichtige Aufschlüsse über toxische, Chlor- und Harnstoffretentionen werden gewonnen und nach Kenntnisnahme der entsprechenden Impermeabilität die Diät modifiziert.

Die Quintessenz der breiten Studie, welche jede Niere für sich, resp. im Verhältnis zueinander behandelt, ist in den folgenden Thesen ausgesprochen: Die kranke Niere funktioniert viel konstanter als die gesunde, und die Funktion variiert von einem Moment zum anderen um so weniger, je mehr ihr Parenchym zerstört ist.

Wenn eine Niere allein erkrankt oder kränker als die andere ist, ändert sie ihre Tätigkeit weniger wie die andere bei funktioneller Belastung, d. h. also der Ausschlag zwischen beiden Seiten wird bei erhöhten Ansprüchen besonders groß. Je gesünder die Niere, desto besser paßt sich ihre Funktion größeren Ansprüchen an ihre Tätigkeit an.

Die Wahrheit dieser Sätze liegt um so näher, als die funktionelle Anpassung eigentlich für die Abschätzung des Gesundheitszustandes jedes Organes ausschlaggebend ist. Die Wirkung der experimentellen Polyurie, resp. einer Mahlzeit auf die Nierensekretion wird durch zahlreiche Kurven erläutert.

Man erkennt den Wert dieser Versuche besonders für solche Erkrankungen, wo die einfache Funktionsprüfung ohne Rücksicht auf Diät unter bestimmten Verhältnissen einmal sogar umgekehrte Werte ergeben hat, d. h. also die kranke oder kränkere Niere anscheinend besser funktionierte.

Wir sind im Rahmen eines Referates nicht in der Lage auf die ausführliche Besprechung der Anwendung der schon im 1. Teil des Werkes erläuterten Methoden noch einmal für die getrennt beobachtete Nieren-

tätigkeit näher einzugehen. Auch bemerken wir ausdrücklich, daß wir in obigem nur Ansichten A.'s wiedergeben wollen und uns auch nicht auf Erörterungen einlassen können, wie weit z. B. die experimentelle Polyurie und Probemahlzeit sonst bereits empfohlen und geübt wurden. Die einleuchtende Art der Darstellung A.'s ist an sich schon sehr verdienstvoll. Es schiene uns sogar noch erwünschter, wenn außer der Polyurie auch die Nahrungsbelastung detailliert und ausführlich und nicht nur in Andeutungen vom Verf. behandelt wäre. Auch ist nicht einzusehen, warum die alimentären Verfahren für die Prüfung der gemeinsamen Nierenarbeit im ersten Teile des Werkes ganz ausgefallen sind.

Für die Beurteilung der Nierenfunktionen in ihrer Gesamtheit ist nach unserer Ansicht die Feststellung der Anpassungsfähigkeit ebenfalls außerordentlich wertvoll, und der genannte Weg allein kann schon so schlechte Gesamtfunktionen erweisen, daß sich die Trennung durch Harnleiterkatheterismus erübrigt.

Als ein Haupterfordernis stellt A. dar, daß sich die getrennte Nierenprüfung auf mindestens 2 Stunden erstreckt, schon damit sich zufällige Differenzen wieder ausgleichen können.

Sein Verfahren besteht in der Einlegung eines ziemlich starken Harnleiterkatheters auf einer Seite. Das Instrument ist ähnlich einem Flötenmundstück an der Spitze abgeflacht und offen, während bei uns wohl meist dünnere Katheter mit seitlichen Augen gebraucht werden. A. will die ganze von jeder Seite gelieferte Urinmenge auffangen und überzeugt sich event. durch eine Methylenblaueinspritzung in den Harnleiterkatheter von dessen vollständiger Leistung und Abschluß des Harnleiters. Der zweite Katheter wird in die Blase gelegt.

Für schwierige Fälle, z. B. bei doppelseitiger Erkrankung, wird die genannte oder eine noch längere Zeitdauer gewiß nützlich sein können. Bei den meisten Pat. läßt sich indes nach unserer Ansicht auch in viel kürzerer Zeit eine einwandsfreie Diagnose stellen, ganz abgesehen von gewissen Nachteilen der Einführung nur eines starken Harnleiterkatheters.

Den Abschluß des interessanten und lehrreichen Werkes bilden Tabellen über Operationen und Untersuchungen von 129 Kranken.

Loewenhardt (Breslau).

---

15) **A. Kock.** Die funktionelle Nierendiagnostik und deren Bedeutung besonders für die Nierenchirurgie.

Inaug.-Diss., Kopenhagen 1905.

Die mit besonderem Fleiß geschriebene, 181 Seiten starke Arbeit Verf.s stammt aus der Klinik Rovsing's, dessen Stellung zu den in dem Titel genannten Fragen den Lesern dieses Blattes schon bekannt ist. Verf. hat mit unermüdlicher Energie und einer umfassenden Literaturkenntnis (das Verzeichnis umfaßt 175 Nummern) sich bemüht, die Resultate der modernen Funktionsuntersuchungen zu beschreiben und dieselben mit den Resultaten der landläufigen klinischen Unter-

suchungsmethoden zu vergleichen und weiterhin mit Hilfe der operativen Befunde und des postoperativen Zustandes der Pat. die Entscheidung der Frage über die klinische Brauchbarkeit der modernen Untersuchungsmethoden festzustellen.

Somit beschäftigt sich Verf. zuerst mit der Kryoskopie (des Blutes und des Urins), ferner mit der Harnstoffbestimmung und schließlich mit der Zuckerbestimmung nach Phloridzin.

Den Verf. in seiner Kritik über die fundamentalen Theorien der hierher gehörigen Fragen zu folgen, kann natürlich nicht die Aufgabe eines Referats sein; enthalten doch die ersten Teile der Arbeit der Hauptsache nach — allerdings kritische — Referate der hierher gehörigen Literatur. Ebensowenig kann die aus 41 wohlbeobachteten Fällen bestehende Kasuistik hier eine nähere Besprechung finden; Ref. beschränkt sich, die hauptsächlichsten Schlüsse, zu denen Verf. gelangt ist, wiederzugeben.

Hinsichtlich der Blutkryoskopie:

Der Gefrierpunkt des Blutes bei gesunden Menschen zeigt bedeutend größere Schwankungen als man bisher angenommen hat; es sind Schwankungen von — 0,519° bis — 0,584° beobachtet; man kann somit nicht von einem Normalwert oder von einer Standartzahl sprechen; keine typische Veränderung von δ ist nachweisbar als Folge von Mahlzeiten gewöhnlicher Zusammensetzung und Größe. Der Durchschnittswert des Verf. ist — 0,551°, ein Umstand, den Verf. seiner Technik zuschreibt, die alle Anforderungen mit berücksichtigt, die sonst eine zu starke Depression bewirken.

Eine »normale« osmotische Konzentration schließt nicht aus, daß allgemeine Symptome einer Funktionsstörung (Urämie) vorkommen können; noch schließt sie ein doppelseitiges Nierenleiden aus.

Eine vermehrte osmotische Konzentration gestattet nicht, ohne Ausnahmen ein doppelseitiges Leiden oder eine Funktionsstörung der Nieren zu folgern.

Die Ausdrücke vermehrte osmotische Konzentration, Niereninsuffizienz und doppelseitiges Leiden decken einander nicht.

Vermehrte osmotische Konzentration (δ = — 0,60 oder niedriger) kontraindiziert nicht notwendigerweise Nephrektomie. (Zwei Krankengeschichten, betreffend Pat. mit einseitiger Affektion, erhärten diese Behauptung.) Auch doppelseitiges Leiden mit vermehrter Konzentration verbietet die Nephrektomie nicht; vielmehr ist eine solche indiziert, wenn angenommen werden kann, daß die Affektion der einen Niere die Funktionsstörung der anderen (und vielleicht dabei auch die Konzentrationsvermehrung) unterhält. (Allgemeine Intoxikation, Reflexwirkung.)

Die von autoritativer Seite aufgestellte Behauptung, daß normale osmotische Konzentration (δ = — 0,56° bis — 0,59°) eine Nephrektomie gestatte, hat keine allgemeine Gültigkeit.

Ebenso wie Verf. bestreitet, daß ein »normales« δ ein Zeichen der Suffizienz der Nieren sei, ist er außerstande zu behaupten, daß

die Insuffizienz der Nieren sich notwendigerweise als eine abnorm starke Depression der δ verraten müsse.

Hinsichtlich der vergleichenden Funktionsuntersuchung:

Durch Einführung der Harnstoffbestimmung, der Gefrierpunktsbestimmung und der Zuckerausscheidung nach Phloridzin in die funktionelle Nierendiagnostik erreichen wir nicht die Sicherheit, ein absolutes Maß der Arbeit einer jeden Niere zu bekommen. Die Zahlenwerte sind zur Vergleichung nicht brauchbar, obschon es sich oft zeigt, daß die kranke Seite die niedrigsten Werte gibt. Beispiele werden angeführt, wo die verschiedenen Bestimmungsmethoden einander widersprechen.

Selbst wenn nur die eine Niere sicher erkrankt ist, kann doch die andere auffallend niedrige Werte für $\overset{+}{\text{U}}$, Δ und Sacch. zeigen — besonders auffallend für Sacch. Zuweilen scheiden die Nieren einen anderen reduzierenden Körper aus, der Pentosereaktion gibt.

Ref. muß sich auf die Mitteilung dieser Behauptungen des Verf. beschränken; aus denen so viel hervorgeht, daß die Arbeit eine vorwiegend negierende und kritisierende ist. Ihre Bedeutung für den skandinavischen Leser wird sie immer behalten, so lange die Funktionsprüfungen über ihre Sturm- und Drangperiode noch nicht hinausgekommen sind. Alles in allem stellt sie ein beträchtliches Stück nüchterner Kritik dem Enthusiasmus der Funktionsdiagnostik gegenüber; sie verwirft nicht dieselbe, aber sie stellt die altbekannten chemischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden wieder in den Vordergrund.

Eine zuverlässige Methode, die Arbeitsfähigkeit der Nieren exakt abzuschätzen, stellen die besprochenen Methoden somit nicht dar; ob die Zukunft eine solche entdecken werde, oder es bleiben soll, was es jetzt ist — ein pium desiderium? — will Verf. nicht prophezeien, so ungefähr lautet sein abschließendes Urteil.

Hansson (Cimbrishamn).

---

16) **H. Ziesché.** Über den klinischen Wert der Kryoskopie von Blut und Harn. (I. Literarisch-kritischer Teil.)

(Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirugie 1905. Hft. 8.)

Auf Grund von 640 Arbeiten gibt Verf. ein ausgezeichnetes Sammelreferat über den klinischen Wert der Kryoskopie von Blut und Harn. »Überblicken wir die bisher bekannten Tatsachen — sagt Verf. am Schluß —, so sehen wir, daß sowohl die Unrecht haben, die der Kryoskopie von Blut und Harn jeden Wert absprechen, als auch jene, die sie kritiklos über die anderen chemischen und physikalischen Untersuchungsmethoden erheben. Wir erblicken in ihr eine wertvolle Ergänzung unseres klinischen Rüstzeuges und glauben, daß weitere Arbeit auf diesem Gebiete noch schöne Erfolge zeitigen wird.«

Paul Wagner (Leipzig).



17) **Loumaigne.** Urétérites et pyélites.

(Revue de française de méd. et de chir. 1905. Nr. 34.)

Aus L.'s umfassender Studie geht folgendes hervor: Entzündungen des Harnleiters und des Nierenbeckens sind besonders bei Frauen häufige Erkrankungen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist eine frühzeitige und sichere klinische Diagnose möglich, so daß man der Niereninfektion vorbeugen kann. Die ersten Symptome einer Ureteropyelitis bestehen in der direkten Feststellung des entzündeten, harten und schmerzhaften Harnleiterstranges durch Tastung durch die Bauchdecken hindurch oder von der Scheide aus; zweitens finden sich als erste Anzeichen charakteristische Miktionsstörungen, nämlich eine — besonders in der Nacht auftretende — Pollakiurie. Bezeichnend ist auch der Paraumbilikalschmerz; er sitzt in einer durch den Nabel gehenden wagerechten Linie am Außenrande des M. rectus und in derselben senkrechten Linie wie der Mc Burney'sche Punkt, jedoch 2—3 cm oberhalb desselben. Schließlich vermag die Scheidenuntersuchung oft den sog. Harnleiter-Blasenreflex hervorzurufen, ein für die Pyelitis kennzeichnendes Symptom. **Mohr** (Bielefeld).

---

18) **Richards.** Growths of the kidney and adrenals.

(Guy's hospital reports 1905. Vol. LIX.)

Eingehende Studie über den obigen Gegenstand, der 70 Fälle zugrunde liegen. Die ausländische Literatur ist fleißig benutzt. Die Arbeit ist durch gute Abbildungen illustriert und mit einem über 200 Nummern fassenden Literaturverzeichnis versehen.

Engelmann (Dortmund).

---

19) **M. Askanazy** (Königsberg). Die Dermoidcysten des Eierstocks, ihre Geschichte, ihr Bau und ihre Entstehung, sowie ihre Beziehung zu verwandten pathologischen Bildungen. (Bibliotheca medica. Abteilung C. Hft. 19.) Mit 6 Taf. u. 1 Textfig. VII, 116 S. 4°.

Stuttgart, E. Nägele, 1905. ℳ 32.—.

A., welcher seit vielen Jahren über die Ovarialdermoide ausgedehnte Untersuchungen angestellt hat, bringt in seiner Monographie eine breit angelegte, umfassende Zusammenstellung aller bisher bekannten Einzelheiten, die er an der Hand seiner reichen Erfahrungen ordnet und zu einem Ganzen vereinigt.

Der erste Abschnitt schildert die Anschauungen früherer Beobachter über das Wesen der Eierstocksdermoide. Er geht weit über den gewöhnlichen Rahmen einer historischen Einleitung hinaus, ist knapp, klar geschrieben und läßt zunächst nur den Eingeweihten vermuten, welche Unsumme von Lesearbeit zur Bildung dieses so rasch orientierenden Extraktes aus der großen Menge früherer Arbeiten und Aufsätze notwendig war. Der Leser kommt mühelos rasch in den

Kampf der Anschauungen hinein und versteht den kritisierenden Passus am Schlusse der Einleitung. In diesem zieht A. die Folgerungen, welche vorhanden sein müßten nach dieser oder jener Theorie. Er verspricht gewissermaßen durch indirekte Beweisführung an der Hand seines Dermoidmaterials die Theorien auf ihren positiven oder negativen Wert zu prüfen. Die nun folgenden makroskopisch-mikroskopischen Untersuchungen über zehn Dermoidgeschwülste des Eierstocks bieten eine Fülle des Wissenswerten und dürften auch den Nichtfachmann interessieren. Die Zusammenfassung der zehn Untersuchungen (in Serienschnitten!) gibt dem Verf. Veranlassung zur Aufstellung folgender Thesen:

I. Alle Ovarialdermoide enthalten im wesentlichen ausgewachsene Gewebe.

II. Fötale Gewebstypen sind nur vereinzelt vorhanden, und dann durch Bildungshemmung oder Atrophie entstanden zu denken.

III. Noch nie ist bei einer Frau im extra-uterinen Leben eine Dermoidcyste des Eierstocks mit ausschließlich fötalen Geweben gesehen worden. Also hat noch niemand ein Dermoid in der Entwicklung während des extra-uterinen Lebens angetroffen. Auch ein ganz kleines Dermoid kann recht alt, so alt wie seine Trägerin sein.

IV. Die meisten Ovarialdermoide enthalten Produkte dreier Keimblätter. Die selteneren, einfacher gebildeten Ovarialdermoide lassen sich durch partielle oder umfangreichere Entwicklungsstörungen desselben Bildungsmaterials, oder durch Untergang bereits geschaffener Produkte erklären.

V. Es gibt außerhalb der Keimdrüsen Dermoide mit Produkten dreier Keimblätter und einem eigenen Nervensystem, welche, wie die Dermoide im Mediastinum anticum', auf verirrte Teile der Genitaldrüsen bzw. ihrer Anlage nicht zurückgeführt werden können.

Im zweiten Hauptteil bringt A. die Beschreibung von drei soliden Teratomen, die er mit den anderen bekannten 20 Fällen aus der Literatur auf eine Tabelle vergleichend gruppiert.

Als wesentlichen Unterschied der Teratome gegenüber den cystischen Dermoiden lassen sich bei den soliden Teratomen das rasche Wachstum, die unbegrenzte Proliferation, vor allem aber der embryonale Gewebstypus und die Möglichkeit der Metastasierung hervorheben.

In der These VI sagt somit mit Recht A.: »man hat noch nie ein solides Teratom ohne fötale Gewebsstrukturen beobachtet (embryonale Teratome!)«.

Verf. vergleicht nun die Ovarialdermoide mit den als Foetus inclusus allgemein angenommenen Geschwülsten anderer Körperstellen und findet

These VII, daß zwischen den Ovarialdermoiden und den inkludierten Föten keine scharfe Grenze zu ziehen ist;

These VIII, daß wie im Ovarium auch anderswo im Körper triebfähige Keime schlummern können, welche im späteren extra-uterinen Leben zu einem embryonalen Teratom auswachsen können.

A. bekennt offen, daß die Anschauung Pfannenstiel's von der ovulogenen Entstehung der Keimdrüsendermoide für ihn sehr wahrscheinlich wäre, falls wir nur solide Teratome von embryonalem Gewebstypus kennen würden. Da aber einerseits die cystischen Dermoide gleichaltrige Gewebe aufweisen, wie sie die Trägerin selbst besitzt, da andererseits auch außerhalb der Keimdrüsenregion Teratome von gleichartigem, dreikeimblättrigem Typus sich finden, so wird die Annahme eines schlummernden Keimes für alle Geschwulstgruppen mit besonders reichem Keimplasmaanteil wahrscheinlicher. Es muß jedoch, wie Pfannenstiel hervorhebt, ein tiefer Zusammenhang zwischen Eierstock, bzw. Hoden und den mit Vorliebe hier lokalisierten Dermoiden bestehen.

Näher als die Annahme Bonnet's von der Versprengung der Metameren in die Keimzone läge die Annahme Fischel's: »Da ja die Keimzellen wirklich auf einer mehr direkten Keimbahn vom Keimplasma abstammen als andere Zellen, so fragt es sich, ob nicht gerade Blastomeren dieser Deszendenz besonders zur Bildung von derartigen Geschwülsten geeignet wären. Mit anderen Worten: Man braucht nur die Annahme zu machen, daß die Metameren undifferenzierte Ureier sein können, so stimmen Pfannenstiel und Bonnet überein. Vielleicht sind auch nur die in Frage kommenden Metameren durch eine gewisse Affinität in gleichsam verwandtem Keimdrüsenbezirk besonders gehäuft.

Zum Schluße schlägt A. vor, die Nomenklatur nicht zu verändern, um keine Verwirrung in die Literatur zu bringen. Er will die Nomenklatur: Embryome oder Bidermome — Tridermome usw. nicht annehmen, sondern kennt nur:

a. Epidermiscysten (ohne sonstige Attribute der Haut),
b. Dermacysten (reine Hautcysten) und
c. echte Dermoidcysten (mit zwei bzw. drei Keimblättern).

Die Arbeit stellt einen Eckstein in der Dermoidforschung dar. Wer seit Jahren, wie Ref., über das vorliegende Thema fortgesetzt arbeitet und die Schwierigkeiten, die einschlägige Literatur zu verfolgen, kennt, wird dem Verf. ganz besonders dankbar sein für die so klare, erschöpfende Behandlung der Literatur und für die freie, vorurteilslose Beurteilung, welche die einzelnen kontrastierenden Anschauungen gefunden haben. **Kroemer** (Gießen).

---

20) **M. Hofmeier** (Würzburg). Grundriß der gynäkologischen Operationen. 4. Aufl. Mit 234 Abbildungen und 2 Tafeln. XII, 590 S. Lex.-8.

Wien, **Fr. Deuticke**, 1905. ℳ 16.—.

Die bekannte H.'sche Operationslehre ist in ihrer vierten, bedeutend erweiterten Auflage ein Zeichen von der fortschreitenden technischen Ausbildung der operativen Gynäkologie. Das Buch ist nun in der jetzt vorliegenden Form, wie es auch in der Absicht des

Verf.s liegt, ein wichtiges Orientierungswerk für den Fachmann geworden, da es — in knapper Kürze gehalten — gerade trotz der kompendiösen Form auf den Grenzgebieten von Chirurgie und Gynäkologie jeden erwünschten Aufschluß gibt. Erfreulicherweise sind mit dem Text die Zeichnungen und Illustrationen vermehrt und verbessert worden, wodurch das Studium der einzelnen Kapitel sehr erleichtert wird. Die topographisch-anatomische Einteilung des Stoffes scheint dem Ref. ein entschiedener Vorzug. Sie vermeidet Wiederholungen.

H. ist bei dem Operationstisch von Knoke-Dressler geblieben. Das Instrumentarium ist relativ einfach. Der Leser wird durch Wort und Bild mit den verschiedenen Nadelhaltern von Hegar, Burckhard, Hagedorn und Kurz bekannt gemacht. Bei der Besprechung des Nahtmateriales wird besonders die Zubereitung des Catguts (Voemel, Dronke) erörtert. Dann folgt ein breites Kapitel, welches der Desinfektion, der Anti- und Asepsis, den Vorbereitungen des Nahtmateriales, des Verbandes usw. und des Operationsgebietes selbst gewidmet ist. Die Gummihandschuhe und ihre Behandlung werden gebührend gewürdigt. Zur Narkose empfiehlt H. den Chloroform-Sauerstoffapparat von Wohlgemut oder Roth-Draeger.

Die Wundnaht ist mit besonderer Gründlichkeit beschrieben und bringt für den Anhänger der Schichtennaht mit versenkten Catgutknopfnähten und oberflächlichen Silkworm- (Silberdraht-) Nähten viel Übereinstimmendes.

Auch die Glühhitze und Heißdampfbehandlung in der Gynäkologie haben ihr Kapitel erhalten.

Der Behandlung der Blase soll vor und nach der Operation eine erhebliche Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Nunmehr schildert H. die einzelnen Eröffnungsverfahren der Bauchhöhle. Laparotomie und Kolpoköliotomie mit und ohne Hilfsschnitt werden registriert und in gleicher Unparteilichkeit geschildert. Der Pfannenstiel'sche Fascienquerschnitt wird beschrieben und für postoperative Narbenhernien empfohlen.

Den Bildungsanomalien und ihrer operativen Behandlung hat H. schon früher — ebenso auch an dieser Stelle — eine erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt.

Von den nächsten Kapiteln gefielen dem Ref. besonders die reich illustrierten Spalten über die Technik der Dammplastik. Ganz besonders auch die Technik der Urinfisteloperationen. Eine gänzliche Umänderung und Vervollständigung haben die Kapitel über die Entfernung des myomatösen und karzinomatösen Uterus erfahren. Radikale und konservative Operationen bei Myom werden erschöpfend geschildert; doch wird mit Recht das konservative Verfahren nicht bevorzugt oder empfohlen, vielmehr stark eingeengt. Die erweiterte Freund'sche abdominale Radikaloperation des Uteruskrebses nimmt — wie begreiflich — einen breiten Raum ein. Dieses Kapitel ist besonders gelungen.

Es würde zu weit führen, auf alle Kapitel näher einzugehen.

Ref. möchte nur noch betonen, daß gerade die ausführliche Behandlung der bei den Operationen möglichen Nebenverletzungen (Urin- und Darmfisteln usw.) und ihrer Folgen das Buch besonders wertvoll machen und ihm in der Hausbibliothek eines jeden Frauenarztes einen bleibenden Platz sichern. **Kroemer** (Gießen).

---

21) **Döderlein-Krönig.** Operative Gynäkologie. Mit 182 Abbildungen und einer Tafel. XV, 612 S. Lex.-8.

Leipzig, **Georg Thieme,** 1905. Geb. *M* 21.—.

Wenn bis vor kurzem noch betont wurde, daß die deutsche Buchproduktion von den Werken des Auslandes für Druck und Ausstattung manches lernen müsse, so ist das vorliegende Werk ein Beweis, daß dieser Vorwurf nicht mehr berechtigt ist. Die glänzend ausgestattete Operationslehre von D. und K. hat in Fachkreisen dasselbe berechtigte Aufsehen erregt, wie seiner Zeit die geburtshilflichen Vorlesungen von Bumm. Es fehlte bisher in der Gynäkologie an einer Operationslehre, welche dem Lehrenden wie dem Lernenden, dem Praktiker wie dem Theoretiker, Lehrbuch und Atlas zugleich an die Hand geben konnte. Vieles von den modernen Errungenschaften befindet sich in der Tagesliteratur zerstreut oder in teuren Atlanten niedergelegt, für den Praktiker schwer erreichbar, wenn es gilt, sich rasch zu orientieren. Diesem Mangel ist durch das zu referierende Werk abgeholfen.

Die Verff. haben der speziellen Operationslehre einen breit angelegten allgemeinen Teil vorausgeschickt, in welchem die allgemeinen chirurgischen Grundsätze in ihrer Nutzanwendung für die operative Gynäkologie behandelt werden. Die Notwendigkeit, als Geburtshelfer chirurgisch tätig zu sein, zu einer Zeit und in einem Gebiete, für welche die kleinste Infektion erhöhte Bedeutung gewinnt, hat den Gynäkologen frühzeitig zu einer strengen Anti- bzw. Asepsis genötigt; wie denn auch alle einschlägigen Fragen gerade von Gynäkologen experimentell bearbeitet worden sind. Zeugnis davon geben die ersten Bogen dieses Buches. Die Kapitel über Wundschutz, Desinfektion, Vorbereitung des Nahtmateriales sind für jeden Chirurgen wertvoll, zumal Verff. in allen Punkten persönliche experimentelle Erfahrungen verwerten konnten. Hervorheben muß ich auch die Abhandlung über die Vorbereitung des Operationsfeldes und die Herabsetzung der örtlichen Disposition zur Infektion.

Sehr anregend wirken die Äußerungen über die verschiedenen Beleuchtungsmittel des Operationsfeldes (Spiegelprojektion nach Krönig, Stirnlampen, Lampenspekula nach v. Ott). Der Abschnitt über Narkose belehrt zunächst objektiv über die Vorzüge und Gefahren der einzelnen Narkotika, Wahl der Masken und des Mittels. Empfohlen werden besonders die Äther-Chloroformmischnarkosen mit dem Apparate von Roth-Draeger (Modifikation nach Krönig). Auch die Lokal- bzw. Lumbalanästhesie mit Adrenalin-Kokain bzw.

die Skopolamin-Morphiumnarkose werden in ähnlich ausführlicher Weise behandelt. Es folgen sodann Abschnitte über die direkten Operationsvorbereitungen, Abstecken des Operationsgebietes, Wärmeschutz(!), die prophylaktischen Maßnahmen vor, während und nach der Operation zur Vermeidung von Chok, Nekrosenlähmung, postoperativer Magenblutung, Pneumonie, Thrombose und Embolie, dieser gefährlichen Feinde des Operateurs. Wer bei Wundinfektion, Peritonitis und postoperativem Ileus nicht untätig warten will, sondern auch in diesen schwierigsten Situationen aktiv den Kranken zu Hilfe zu kommen sich verpflichtet fühlt, wird sich in vorliegendem Werke gern orientieren über die Erfolge und Aussichten der Relaparotomie. Unter den Eröffnungsverfahren der Leibeshöhle wird der Pfannenstiel'sche Fascienquerschnitt durch wohlgelungene Illustrationen erläutert und in seiner Leistungsfähigkeit für die Beckenoperationen, ferner zur Vermeidung und Heilung der Operationsnarbenbrüche gebührend gewürdigt. Die Notwendigkeit einer exakten Schichtennaht wird betont. Zweifel's Zweifadennaht, ferner die Michel'schen Hautklemmen werden bildlich vorgeführt. Zur Vervollständigung des allgemeinen Teiles dienen erfreulicherweise zwei für die Indikationsstellung wichtige Kapitel über die Ausfallserscheinungen nach Entfernung von Uterus und Ovarien und über den Einfluß gynäkologischer Operationen auf das Nervensystem. Die Einschränkung der Kolpoköliotomie zu gunsten der Laparotomie bildet den wirksamen Schluß des allgemeinen Teiles.

Der spezielle Teil nimmt natürlich bei weitem den größten Teil des Werkes ein. Der beschränkte Raum hindert Ref. auf alle Vorzüge des Gelesenen einzugehen. Wo man auch eine Stichprobe macht, überall findet man dieselbe klare Gründlichkeit und treffliche Illustrationen. Ganz besonders ansprechend waren für den Ref. die Abschnitte über die Lagekorrektion des Uterus, über die Behandlung der Myome, vor allem aber das glänzend ausgestattete Kapitel über die Behandlung des Uteruskarzinoms. Wer auf diesem schwierigen Gebiete sich rasch orientieren will, wird hier jede gewünschte Auskunft finden.

Das ganze Werk ist in einem flotten, nie ermüdenden Stile — wie aus einem Guß — geschaffen; es wirkt überall anregend, ein beredtes Zeichen, daß die Gynäkologie dauernd bestrebt ist, auf allen Grenzgebieten mit den Nachbarn gleichen Schritt zu halten und aktiv mitzuwirken an den chirurgischen Zeitfragen. Es ist ein moderner Geist, der das ganze durchweht: »vom Guten zum Besseren!« Das Werk bringt vielen etwas, dem Fachmann alles und wird bald in der Bibliothek keines operativ tätigen Arztes fehlen. Die vornehme Ausstattung des Werkes, trotz des mäßigen Preises, gereicht dem Verleger zur Ehre.

Kroemer (Gießen).

---

22) **Crile.** A new operation for hernia of the pelvic floor (procidentia) with report of a case.

(Buffalo med. journ. 1905. September.)

C. empfiehlt für schwere Fälle von vollkommener Hernie des Beckenbodens und starkem Vorfall sämtlicher Beckeneingeweide folgende Operation: Laparotomie in Trendelenburg'scher Beckenlagerung, nach Exstirpation des Uterus, Spaltung der Scheide in zwei seitliche Hälften, Ablösung der Scheide von der Blase. Hierauf wird beiderseits 4 cm von der Mittellinie entfernt ein Einschnitt durch die Bauchfascie, den Rectus und das Bauchfell gemacht; durch diese Öffnung werden nun beiderseits die Endigungen der Scheidenstümpfe und der Stümpfe der breiten Bänder mitsamt den anliegenden Beckenbändern durchgezogen, was bei der hochgradigen Erschlaffung und Verlängerung dieser Teile leicht gelingt. Sodann wird der Medianschnitt bis auf die Haut geschlossen, und nun die beiden durchgezogenen Zipfel der Scheiden- und Bandendigungen über der Fascia externa in der Mittellinie fest vereinigt, darüber die Haut vernäht.

Aus der vorstehenden Beschreibung erhellt, daß ein derartiges Vorgehen nur bei sehr hochgradiger Erschlaffung des Beckeninhaltes möglich und die Operation daher nur bei sehr schweren Fällen angezeigt ist.

Während C. nach den gebräuchlichen Operationsmethoden 25% Rückfälle hatte, blieben acht nach obigem Verfahren Operierte bisher gesund. Die Mortalität war = 0. Folgender Fall wird genauer berichtet:

Ältere Frau mit einem im Stehen fast bis zu den Knien reichenden ovalgeformten Vorfall der Scheide, Gebärmutter, der breiten Bänder, des Mastdarmes, der Blase und eines beträchtlichen Teiles des Dünndarmes. Zunächst ausgedehnte Scheiden- und Dammplastik, Rückfall nach 4 Monaten. Daher vaginale Hysterektomie mit Fixation der Ligamenta lata und rotunda am Scheidenstumpf, Rückfall nach 6 Monaten. Hierauf wurde das oben beschriebene Verfahren angewendet. In den ersten Monaten nach der Operation unangenehmes Gefühl von Ziehen an der Bauchwandnarbe, seit mehr als 3 Jahren kein Rückfall, trotzdem Pat. an chronischem Husten leidet und ihren Haushalt andauernd besorgt.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mitteilungen.

23) **B. Lönnqvist.** Chirurgische Erfahrungen aus dem russisch-japanischen Kriege.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVII. p. 477.)

Obschon die zivilisierte Welt es kaum vermutet hätte — in Anbetracht der Hintansetzung der konstitutionellen Verhältnisse Finnlands von seiten der russischen Alleinherrschaft —, erachtete jedoch die finnländische Vereinigung für die Pflege der verwundeten und kranken Krieger es als ihre Pflicht nach Kräften ihre Hilfe zu leisten. Die Ambulanz, die unter der Leitung Verf.s stand, zählte vier Ärzte, einen Intendant, fünf Schwestern und sieben Sanitäre und wurde in Guntschulin in der Mandschurei, vom 29. Juni bis 17. November, stationiert. Während der ge-

nannten Zeit wurden 249 Pat. behandelt; im Maximum pro Tag 65; durchschnittlich 41,2% bei 40 Betten. Unter den Behandelten wurden 120 nach Charbin evakuiert; 43 wurden als geheilt wieder zur Front gesandt; die Mortalität war 36.

Die Kasuistik bringt eine Anzahl interessanter Verwundungen. Verf. hebt die humane Wirkung der Kleingewehrgeschosse, besonders bei Lungenverletzungen, hervor. Die penetrierenden Bauchschüsse geben eine um so bessere Prognose, je längere Zeit zwischen der letzten Nahrungsaufnahme und der Verletzung vergangen war. Die Soldaten, bei welchen der Ausgang ein günstiger war, hatten in den letzten 15 Stunden vor der Verwundung nichts gegessen.

Der Arbeit sind ein Verzeichnis der ausgeführten Operationen und einige Röntgenphothographien (Frakturen und Fremdkörper) beigefügt.

Hansson (Cimbrishamn).

24) **Frida Kaiser.** Zur Kenntnis der primären Muskeltuberkulose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 4.)

Verf. gibt eine Zusammenstellung aller bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle von Muskeltuberkulose, deren Zahl noch eine geringe ist. Sie fügt diesem literarischen Studium einen Fall eigener Beobachtung hinzu, bei dem es sich mit Bestimmtheit um eine analoge Erkrankung im Muskelgebiete des Gastroknemius, Glutaeus maximus und Palmaris longus der linken Seite handelte. Irgendwelche Tuberkulose im Bereiche der Gelenke und Knochen ließ sich weder klinisch noch bei der Autopsie nachweisen. Tuberkulöse Herde älterer Natur fanden sich nur in der linken Lungenspitze und Vena jugularis sinistra, außerdem bestand Miliartuberkulose. Die erste sichere Beobachtung der tuberkulösen Muskelabszesse fiel in frühere Zeit zurück, ca. 1/2 Jahr vor dem Tode.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

25) **Bombes de Villiers.** Tétanos spontané, a frigore, d'origine pneumococcique.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 92.)

In der Poncet'schen Klinik wurde ein 42jähriger Mann beobachtet, der 48 Stunden nach starker Durchnässung mit allen Zeichen des Tetanus erkrankte, ohne irgendeine Verletzung am Körper aufzuweisen. Pat. hustete, der Auswurf enthielt sehr reichlich Pneumokokken, aber keine Tetanusbazillen. Bei der Sektion fand sich nur ein nußgroßer Gangränherd am Hilus der rechten Lunge und eine Aortitis acuta in geringer Ausdehnung. Die sorgfältige bakteriologische Untersuchung (Dor) wies Pneumokokken, aber keine Tetanusbazillen nach.

Verf. ist geneigt, den Tetanus, wie das von anderen Autoren schon vielfach geschehen ist, als Symptomkomplex anzusehen, der bald durch den Nicolaier-schen Bazillus, bald durch andere Bakterien hervorgerufen werden kann. Im vorliegenden Falle wäre das »tetanisierende Gift« von den Pneumokokken geliefert.

V. E. Mertens (Breslau).

26) **Axhausen.** Über lokalen Tetanus beim Menschen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 265.)

A. knüpft an einen einschlägigen Fall aus der Kieler Klinik an. Ein 12jähriger Junge, der ein am Göpel gehendes Pferd an der Leine hat, stolpert und wird von der in der linken Hand gehaltenen Leine verletzt: Rißhautwunden an Hand und Fingern, außerdem Oberarmfraktur, Abschürfungen usw. Bei gutem Wundheilungsverlaufe zeigt sich am 13. Tage Hyperämie und Ödem bei der Wunde, sowie Zuckungen im linken Arme. 15. Tag: Zurückgehen der lokalen Wundreaktion, Zunahme der Zuckungen, die, plötzlich eintretend, der Reihe nach folgende maximale Kontraktionen veranlassen: Adduktion in der Schulter, Oberarminnenrotation, Überstreckung des Ellbogens, Beugung und Pronation im Handgelenke, Fingerbeugung im Grundgelenke. Rascher Zuckungsverlauf von ca. einer Sekunde Gesamtdauer. Steigerung der Reflexe, Ausbildung von Starre im linken Arme.

Erstes Fühlbarwerden des vorderen Masseterrandes bei Betastung vom Munde her. 31. Tag: Höhepunkt allgemeiner Starre, komplette Starre des linken Armes in extremer, dem Typ der Zuckungen entsprechender Stellung bei völliger Beweglichkeit des rechten Armes. 36. Tag: Beginn der Lösung der allgemeinen Starre; lokale Starre unverändert. 50. Tag: Lösung des allgemeinen Tetanus beendet. Beginn der Lösung der Starre des linken Armes. 57. Tag: Fortschritt der Lösung im linken Arme. Kontrakte Stellung (Rose's Stadium ankyloticum). 80. Tag: Noch geringer Kontrakturgrad. Schließlich völlige Genesung. Dem eigenen Falle reiht A. zehn analoge aus der Literatur an.

Epikritisch wird die theoretische Erklärung dieser vom gewöhnlichen Krankheitsbilde des Tetanus, wenigstens beim Menschen, abweichenden Erkrankung durchsprochen. Bei Versuchstieren, wenigstens kleineren, ist das Auftreten solcher lokalen Starren die Regel, beim Menschen ist sie nur bei Gesichtsverletzungen, als sogenannter Kopftetanus, häufiger. Man könnte annehmen, daß die Kürze der Nervenbahnen hier von Belang ist; denn bei größeren Versuchstieren, Pferd, Esel, ist der Tetanus ähnlich wie der gewöhnliche Tetanus beim Menschen (Vorwiegen der Allgemeinkrämpfe). Bei kurzen Bahnen stößt das Toxin, das stets zunächst die Nervenbahnen zum zentralen Weiterwandern benutzt, so rasch auf das Zentralorgan, und zwar zuerst auf das den durchwanderten Bahnen entsprechende Rückenmarkssegment, daß die Inkubationszeit für den generalisierten, von der Blutresorption abhängigen Tetanus noch nicht abgelaufen ist. Im übrigen passen auch die Fälle lokaler Gliederstarre durchaus in die moderne Theorie des Tetanus: Nervenleitung des Toxins, Einwirkung desselben auf die motorischen Zellen des zugehörigen Rückenmarkssegmentes, beides begründet gedacht durch eine spezifische Affinität des Toxins zu den nervösen Organen. Nur kann der mit lokalen Starren einhergehende Tetanus ausschließlich bei besonders langsamem Verlaufe der ganzen Erkrankung zustande kommen. Demgemäß sind das verhältnismäßig prognostisch günstige Fälle, was die Daten der von A. gesammelten Kasuistik bestätigen: von den 12 Fällen gelangten 11 zur Heilung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

27) **Bernhard.** Therapeutische Verwendung des Sonnenlichtes in der Chirurgie.

(Sonderabdruck a. d. Zeitschrift für diätet. u. physikal. Therapie 1905/06. Bd. IX.)

B. berichtet im Anschluß an seine früheren Veröffentlichungen (cf. ds. Blatt 1904 Nr. 3 und Nr. 11) über weitere Erfolge mit der örtlichen Sonnenbehandlung, wie er sie bei chirurgischen Affektionen in seinem im Engadin 1750 m über dem Meere gelegenen Hospitale durchführt, also unter den günstigsten klimatischen Verhältnissen. Trotzdem im Engadin die chirurgische Tuberkulose sonst gar nicht selten ist, kommt dort kein Lupus vor; die im Verhältnis zur Ebene viel intensivere Insolation im Hochgebirge übt wohl einen Einfluß auf das Zustandekommen und den Heilungsverlauf des Lupus aus. Ein von auswärts stammender schwerer Fall von Gesichtslupus zeigte nach 9monatiger Behandlung mit einfachem Sonnenlicht ein sehr erfreuliches Resultat. Weitere Beweise der direkten bakteriziden Sonnenwirkung sah B. in der raschen Ausheilung von Furunkeln, Panaritien und Phlegmonen, überhaupt von Entzündungen durch Streptokokkeninfektion. Bei einem Falle von lebensbedrohenden Anfällen von Hämaturie besonnte B. nach teilweiser transvesikaler Entfernung der tuberkulösen Prostata das Blaseninnere während einiger Wochen, Hämaturien traten nicht mehr auf, auch keine Zeichen einer Blasentuberkulose. Ob eine bakterizide Wirkung bei geschlossener, oberflächlich liegender Tuberkulose von Drüsen, Gelenken und Knochen stattfindet, oder ob die durch Insolation erzielten günstigen Resultate mehr nur auf der Wirkung der Wärmestrahlen (lokaler Hyperämie) beruhen, ist noch nicht zu entscheiden; jedenfalls kann die Bestrahlung eine starke örtliche Temperaturerhöhung zur Folge haben. Die raschere Überhäutung granulierender Wunden bei Insolationsbehandlung kürzte bei der Nephropexie nach Kocher die Heilungsdauer gegen früher um fast die Hälfte ab. Große und tiefe Taschenwunden schlossen sich durch rascheres Sichanlegen und Verkleben der Haut mit den tieferen Gewebsschichten

bald, Transplantationen werden durch die austrocknende Wirkung der Bestrahlung sehr erleichtert. Die günstige Wirkung auf Wunden beruht nach B. nicht nur auf der Eintrocknung; der Eintrocknungsprozeß ist ein viel intensiverer unter dem gleichzeitigen Einfluß der Sonne, und außerdem spielen bei der Besonnung noch andere Faktoren mit, welche die trockene Luft allein nie ersetzen kann. B. behandelt primäre und Operationswunden geschlossen, dagegen offen mit Insolation und Austrocknung sekundäre Wunden verschiedenster Art. Große Drüsenabszesse und sogenannte kalte Abszesse wurden stets breit geöffnet und die Abszeßhöhlen dann sofort intensiv besonnt; eine sekundäre Infektion trat nie ein, die Ausheilung erfolgte stets rascher als bei den früheren Methoden (Jodoforminjektion usw.). 4 Abbildungen. **Mohr** (Bielefeld).

28) **O. Bernhard.** Offene Wundbehandlung und Transplantation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 574.)

Die von B. geübte offene Wundbehandlung granulierender Wunden unter Benutzung der Insolation, zu welcher in B.'s Wohnort, Samaden im Engadin, gute Möglichkeit geboten ist, ist den Lesern unseres Blattes aus den Mitteilungen p. 87 und 326 vorigen Jahrganges bekannt. Vorliegende kleine Arbeit rühmt besonders die Einwirkung des Sonnenlichtes auf Hauttransplantationen. Die Läppchen werden direkt auf die durch Sonnenbestrahlung getrocknete Granulationsfläche aufgelegt und sind unter weiterer Sonneneinwirkung schon nach $^1/_4$ Stunde merklich fest verklebt. Als Belag dient ein Fall, in dem es gelang, die hautberaubte Grundphalanx eines Fingerstumpfes wieder zu behäuten. Die Krause'schen Läppchen waren 15 Tage nach ihrer Aufpflanzung und nach 27 Besonnungsstunden fest angewachsen.

Übrigens begünstigt die Besonnung den Überhäutungsprozeß an Granulationswunden sehr, und auch vermehrter und verstärkter Haarwuchs ist an lange besonnten Hautstellen öfters bemerkbar. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) **H. Heineke.** Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Knochenmark, nebst einigen Bemerkungen über die Röntgentherapie der Leukämie und Pseudoleukämie und des Sarkoms.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 196.)

Soweit die Experimente H.'s die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Knochenmark betreffen, hat der Autor auf dem Chirurgenkongreß von 1905 Vortrag gehalten, und kann an dieser Stelle auf seinen diesbezüglichen Selbstbericht in unserem Blatte, Beilage zu Nr. 30, p. 7 verwiesen werden. Bei leukämischen und pseudoleukämischen Erkrankungen können, wie klinisch erprobt, die Röntgenstrahlen ganz ähnliche Wirkungen auf die Leukocyten hervorbringen, wie im Tierexperimente. Doch ist ihre Wirksamkeit in den Einzelfällen sehr ungleich, und auch dort, wo sie deutlich zu Tage tritt, sind bislang noch keine wirklichen Heilungen konstatierbar gewesen. Bei der myeloiden Leukämie ist die Zerstörung der Leukocyten durch die Röntgenbestrahlung ein fast konstanter Vorgang, aber die hierdurch erzielten Veränderungen sind nicht von Dauer und die gebesserte Krankheit macht rasche Rezidive. Bei den pathologischen Wucherungen des lymphoiden Gewebes, gleichviel ob leukämischen oder pseudoleukämischen Ursprunges, ist die Wirksamkeit der Röntgenstrahlen eine höchst ungleiche, und erweist sich ein ziemlich großer Prozentsatz solcher Fälle den Strahlen gegenüber als unbeeinflußbar. So wurde in zwei Fällen vielfacher Drüsenschwellungen der Leipziger Klinik einmal ein rapides Verschwinden derselben, das andere Mal gar keine Wirkung beobachtet. Dem entsprach der mikroskopische Befund: dort Kernzerfall und Phagocytose im lymphoiden Gewebe, hier keinerlei Änderung an den Zellen. Im ganzen scheinen nur die weichen, lymphocytenreichen, schnell wachsenden Drüsenschwellungen der Röntgentherapie zugänglich. Verändert wird in jedem Falle nur das vorhandene lymphoide Gewebe bzw. Zellenmaterial, das ätiologische Agens der Krankheit bleibt



unalteriert. H. meint, daß dabei es sich immer um eine Einwirkung, und zwar eine Kontaktwirkung der Strahlen auf die Lympho- oder Leukocyten handelt, sei es, daß sie im kreisenden Blute, sei es, daß sie in den blutbildenden Organen stattfindet. Die Theorie, daß durch die Bestrahlung im Blut Toxine gebildet würden, welche ihrerseits sekundäre Wirkungen veranlassen könnten, lehnt er ab.

Von der Wirkung der Röntgenbestrahlung auf Sarkomgewebe gibt ein Fall von Rundzellensarkom der Mamma aus der Leipziger Klinik einen bemerkenswerten Beweis. Die Geschwulst war 5 Stunden vor ihrer Exstirpation $1/2$ Stunde mit harter Röhre aus 10 cm Entfernung bestrahlt. Im mikroskopischen Präparate der Geschwulst fanden sich ganz analoge Veränderungen, wie am lymphoiden Gewebe bestrahlter Tiere: über Kernzerfall und Kerntrümmer, Phagocyten nur ganz vereinzelt. (Vgl. eine schöne kolorierte Abbildung.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

30) **S. E. Pfahler** (Philadelphia, P.). A case of chronic pyogenic onychitis cured by the X-ray.

(Journ. of cutan. diseases including syphilis 1905. August.)

Ein Fall von chronischer eitriger Entzündung des Fingernagels, innerhalb 20 Jahren fünfmal rezidivierend. Jedes Rezidiv bestand durchschnittlich immer 1 Jahr. Darreichung von Jod und Quecksilber und lokale Applikation von Sublimat erfolglos. Heilung unter Röntgenbestrahlung nach 3 Monaten. Kultur und Deckglaspräparate des Eiters ergaben nur Staphylokokken.

Urban (Breslau).

31) **A. Exner** und **K. Sywek.** Weitere Erfahrungen über die Wirksamkeit des Cholins.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 521.)

Nachdem bereits früher festgestellt worden, daß Cholininjektionen in die Hoden von Versuchstieren ähnliche Veränderungen bewirken wie Röntgen- oder Radiumbestrahlungen, sind von den Verff. weitere Versuche über die Wirksamkeit des Cholin gemacht. Experimentell wurde Katzen, Kaninchen und Ratten 1—$2^1/_2$%ige Cholinlösung zu 2 ccm und mehr teils in die Bauchhöhle, teils zwischen die Mesenterialblätter injiziert; in einer Versuchsreihe wurde Katzen die Lösung auch in die Muskulatur der Extremitäten injiziert. Das Resultat bestand regelmäßig darin, daß unter Ausbleib jeglicher Lokalreaktion an der Injektionsstelle die regionären Lymphdrüsen und bei den Bauchinjektionen die Milz eine Degeneration und Verkleinerung mit Einbuße an lymphoidem Gewebe zeigten. Dazu Kernzerfall der Lymphocyten und Pigmentbildung. Die Veränderungen am lymphoiden Gewebe sind also im ganzen ähnliche wie die von Heinecke durch Röntgenbestrahlung an Tieren nachgewiesenen, und erscheint der Versuch, erkrankte Lymphdrüsen mit Cholin zu beeinflussen naheliegend. Einstweilen haben Verff. in der Hochenegg-schen Klinik in Wien Injektionen in inoperable Geschwülste versucht in im ganzen fünf Fällen, wobei wiederholt 2%ige Lösung in Quantität einiger Kubikzentimeter eingespritzt wurde. Der Erfolg bestand ziemlich regelmäßig in Erweichung der Geschwülste, der teilweise Ulzeration und Gangrän folgte. Von dem Resultate der mikroskopischen Untersuchung sind Degenerationserscheinungen an den Karzinomzellen bei Unversehrtheit des Bindegewebes hervorzuheben, also ähnliche Vorgänge, wie die Röntgen- und Radiumbehandlung bei Geschwülsten hervorruft.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **O. v. Frisch.** Verstümmelung des Genitale durch Biß in frühester Jugend.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 14. April 1905.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

An dem 15jährigen Knaben fehlen Penis und Skrotum. Auf der linken Seite ist kein Samenstrang zu fühlen. In der Linea alba, drei Querfinger über der Sym-

physe, ist eine Öffnung, aus der ein linsengroßer Schleimhautwulst hervorragt. Dieser ist an seinem freien Ende verhornt und entspricht offenbar dem Ende des noch erhaltenen Corpus cavernosum. Knapp daneben dringt beim Urinieren der Harn hervor, welcher in kräftigem Strahle gelassen wird. Von diesem Orificium externum gegen den Damm zu tastet man die ganz normale Harnröhre. Dem Hodensack entsprechend ist die Haut nicht ausgesackt, sondern flach und glatt und deutlich als Rest der Skrotalhaut zu erkennen. In der rechten Unterbauchgegend fühlt man eine kleine eiförmige Geschwulst, die dem diesseits nicht herabgestiegenen Hoden entsprechen dürfte.

Eigentümlich ist die Art der Entstehung. Ein Hund, mit welchem Pat. im Alter von 6 Monaten allein in einem Zimmer eingesperrt war, soll ihm Penis und Skrotum abgefressen haben. Ein Arzt vernähte die Wunde, welche in 14 Tagen glatt geheilt sein soll.

Bißwunden des Genitale sind selten. Wasiliew hat bis 1899 14 derartige Fälle gesammelt, doch ist nur eine so hochgradige Verletzung darunter, wie die hier beschriebene. **Hübener** (Dresden).

33) **M. Brod.** Über plastische Deckung großer Hautdefekte am Penis und Skrotum (sog. Schindung), sowie am Fuße.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 379.)

Bei einem 16jährigen Jüngling gelang es, eine Schindung des Penis und des Skrotum durch eine Plastik mittels gestielter Lappen von der Innenseite des Oberschenkels zur Deckung zu bringen.

Ein anderer Pat. erlitt durch das Auffallen eines Felsblockes einen fast vollständigen Verlust der Haut in der Fersengegend, auf der Fußsohle und am Fußrücken. Der große Hautdefekt wurde mit gutem Erfolge teils durch große, gestielte Wanderlappen aus der Haut des anderen Unterschenkels, teils durch Krause'sche Lappen gedeckt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

34) **Moszkowicz und Stegmann.** Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen. (Aus dem Rudolfinerhaus in Wien-Döbling. Dr. Gersuny).

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 29.)

Nachdem bereits durch Tonsey ein erfolgreicher Versuch gemacht worden, vom Mastdarm aus die tuberkulös erkrankte Prostata mit Röntgenstrahlen zu behandeln, ist dieses Verfahren, das wegen der bekannten Reaktion der epithelialen Gewebe auf Röntgenstrahlen und wegen des Lezithingehaltes der Prostata Günstiges versprach, von den Verff. in sechs Fällen von Prostatahypertrophie angewandt worden. Es wurde dazu ein Kelly'sches Proktoskop von ca. 9 cm Länge eingeführt und mittels Heftpflasterstreifen am Damm und Kreuzbein befestigt, die Umgebung mit Bleigummi abgedeckt und nun die Bestrahlung mit Gundelach'schen Röhren (Seifert'sches Stativ) bei 40 cm Abstand des Röhrenfokus von der äußeren Öffnung des Proktoskops vorgenommen. Im ganzen genügten 2—3 Sitzungen in Pausen von 2—3 Wochen, um eine Verkleinerung der Prostata und damit bald — außer im ersten Falle — eine wesentliche Besserung der Urinentleerung zu erreichen. Die Veränderungen an der Prostata traten sehr rasch ein, sie wurde weicher und druckempfindlich; die bestrahlte Darmschleimhaut blieb dagegen unverändert. — Vielleicht infolge Resorption chemisch wirksamer Bestandteile aus den zerfallenen Epithelien der Drüse oder veranlaßt durch die Aufregung der Kur kam es bei drei Pat. zu stenokardischen Anfällen und großer Hinfälligkeit. **Kramer** (Glogau).

35) **Rebentisch.** Die radikale Heilung der durch Prostatahypertrophie bedingten Harnverhaltung mittels Prostatectomia suprapubica totalis. (Aus dem Stadtkrankenhaus zu Offenbach a. M.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 31.)

R., welcher die oben angegebene Operation in vier genauer mitgeteilten Fällen mit günstigstem Erfolge sowohl in bezug auf den Verlauf der Wundheilung, als

auch hinsichtlich der späteren Blasenfunktion ausgeführt hat, beschreibt sein Vorgehen, das die Freyer'schen Vorschläge zur Grundlage hat. Die Ausschälung der vom Mastdarm aus hervorgedrängten Drüse war nicht schwierig, wenn zwischen der äußeren Kapsel und dem glatten Überzug der Prostata vorgedrungen wurde; nur am vorderen Ende beider Seitenlappen war zuweilen die Durchtrennung der festen derben Stränge (Lig. pubo-prostatic.) mit der Schere notwendig. R. legte nach vollständiger Blutstillung durch Spülungen mit heißer Kochsalzlösung durch die Blasenwunde, Blase und Harnröhre einen dicken Gummischlauch ein, der dem Blasengrunde entsprechend an drei Stellen ausgiebig gelocht wurde, nähte ihn im oberen Wundwinkel der Blasenwunde wasserdicht ein, verschloß die letztere und die tamponierte und drainierte Bauchwunde mit Nähten und das aus dieser hervorragende Ende des Schlauches mit einem Stöpsel. Sobald kein Blut mehr durch den Schlauch entleert wurde, also nach ca. 3—6 Tagen, wurde dieser durch einen dicken Nélatonkatheter ersetzt und letzterer etwa Ende der 3. Woche ganz fortgelassen. —

R. hält die suprapubische Operation bei großen Geschwülsten und in den Fällen geeignet, in welchen der Katheterismus vor der Operation nicht ausgeführt werden kann oder Unklarheit über den Befund nach Erschöpfung aller Untersuchungsmethoden bestehen bleibt. Kleine, harte fibröse Geschwülste erfordern wegen der Schwierigkeit der Auslösung von oben her perineales Vorgehen, das auch bei der Schrumpfblase empfehlenswert ist und bei sehr fettreicher Bauchwand in Betracht kommen kann. **Kramer** (Glogau).

36) **F. M. Johnson.** Cystoscopy and renal lavage.

(New York med. record 1905. May 20.)

Der Zweck der vorliegenden Abhandlung besteht darin, an der Hand von verschiedenartigen, durch Auswaschung der Nierenbecken anscheinend günstig beeinflußten Fällen die Lokalbehandlung mittels des Harnleiterkatheterismus zu empfehlen. Verwendet wurde $1/2$—1%iges Protargol in warmer Borsäurelösung, aber auch andere Medikamente, meist einmal wöchentlich. Die zur Genüge bekannte instrumentelle Technik des Harnleiterkatheterismus ist mit Illustrationen erklärt. Das Cystoskop von Brown, bei dem Optik und Kathetermechanismus isoliert herausgezogen werden können, und die Hülse mit Lampe zuerst mittels Obturator eingeführt wird, wird besonders hervorgehoben. Eine genaue Beurteilung, wie weit die als Nephritis, Pyelitis, Lithämie und Oxalurie bezeichneten Krankheitszustände durch genannte Lokaltherapie, und wie weit durch interne Medikation gebessert wurden, ist aus den Krankheitsberichten schwer zu gewinnen.

Loewenhardt (Breslau).

37) **W. Ayres.** Lavage of the renal pelves in the treatment of Bright's disease.

(Med. news 1905. July 1.)

Verf. unterscheidet streng zwischen beginnender Nephritis und parenchymatöser Degeneration einerseits und ausgesprochener parenchymatöser wie interstitieller Nephritis andererseits.

Von Erkrankungen der ersteren Kategorie hat er 46 Fälle mit Nierenbeckenspülung behandelt. Der Erfolg bestand in dem Verschwinden des Albumens und der korpuskulären Elemente. Die längste Behandlungsdauer bis zum Verschwinden dieser Symptome betrug 11 Wochen.

Alle diese Fälle betrafen noch keine ausgesprochene Nephritis und lediglich Erkrankungen aszendierender Natur. Doch gerade hierin erblickt Verf. den hohen Wert der Methode: die Möglichkeit, eine beginnende Nephritis zu kupieren.

Von vorgeschrittenen parenchymatösen und interstitiellen Nephritiden wurden 12 mit Ausspülung des Nierenbeckens mit folgendem Resultate behandelt: drei chronisch parenchymatöse Nephritiden wurden merklich, zwei leichte interstitielle etwas gebessert. Sieben Fälle ausgesprochener interstitieller Nephritis wurden nicht günstig beeinflußt. **Hofmann** (Heidelberg).

38) **G. E. Brewer.** A report of eighty-four operations on the kidney and ureter.

(New York med. record 1905. February 18.)

Von den 84 Nieren- und Harnleiteroperationen B.'s fallen 75 auf die letzten 5 Jahre. Der Einfluß der modernen diagnostischen Methoden ist daraus ersichtlich. Außer dem Harnleiterkatheter wird der Segregator von Harris verwandt, neben der Kryoskopie gelegentlich die Methylenblaumethode.

Die Kasuistik bietet manches Interessante. Eingehend wird die Differentialdiagnose der Steinniere besprochen.

27 Nephrotomien mit 8 Todesfällen, ebensoviel Nephrektomien mit einem Todesfall, 9 Nephrorrhaphien, 10 Aushülsungen an 5 Pat. mit 2 Todesfällen, 6 Eingriffe wegen Trauma mit einem Todesfall und 5 Eingriffe am Harnleiter ohne unglücklichen Ausgang.

Verf. betont, daß multiple septische Blutinfarkte auch eine Seite betreffen können und dann die Nephrektomie das beste Heilmittel sei, wofür zwei Beispiele angeführt werden. Auch alle Fälle von schwerer Seitenkontusion mit Hämaturie sollen unmittelbar operiert werden. **Loewenhardt** (Breslau).

39) **Kapsammer.** Mehrfache Nierenoperationen an derselben Patientin.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 31. März 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

An der 38jährigen Pat. wurden in dem Zeitraume von etwa 4 Jahren folgende sechs Operationen ausgeführt:

1) Pyosalpinx gigantea, die beide Tuben in sich aufgenommen hatte und in die Blase perforiert war. Exstirpation mit Resektion der Blasenkuppe. 2) Harnblasen-Bauchdeckenfistel, Fisteloperation. 3) Rechtsseitiger Nierenabszeß, rechtsseitige Nephrotomie. 4) Pyonephrosis calculosa sinistra, linksseitige Nephrotomie. 5) Pyonephrosis calculosa dextra, zweite rechtsseitige Nephrotomie. 6) Fistula et calculosis renis dextri, rechtsseitige Nephrektomie, Heilung.

K. hatte nur die letzte Nierenoperation ausgeführt. **Hübener** (Dresden).

40) **A. Jenkel.** Zur Kasuistik der tödlichen reflektorischen Anurie beim Menschen nach Nephrektomie wegen einseitiger Nierentuberkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 594.)

J. exstirpierte in der Göttinger Klinik einer 54jährigen Frau die rechte tuberkulöse Niere. Alsbald folgte Anurie und nach fünftägigem Anhalten solcher der Tod. Bei der Sektion zeigte sich die linke Niere wohl etwas vergrößert, aber übrigens makro- wie mikroskopisch völlig normal. Es konnte sich also nur um eine Reflexanurie gehandelt haben.

Der Arbeit ist eine etwas tendenziöse Spitze gegen die Zuverlässigkeit der funktionellen Nierendiagnostik gegeben. Vor der Operation war kryoskopisch die ganz normale Funktionstüchtigkeit der linken Niere festgestellt — und doch versagte diese nach der Entfernung der kranken Niere!

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) **M. Schmidt.** Dekapsulation und Stichelung der Niere wegen viertägiger Anurie nach Scharlach. Herstellung der Diurese. Genesung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 296.)

Der 6jährige Knabe hatte einen mittelschweren Scharlach durchgemacht, währenddessen der entleerte Urin stets spärlich und konzentriert, aber nur einmal etwas eiweißhaltig, der Appetit und die Allgemeinstimmung stets mangelhaft gewesen war. Eintritt der Anurie während der Desquamation. Nach viertägigem Andauern derselben, die zu leichten Ödemen und urämischer Nausea geführt hatte, wird in Narkose die rechte Niere enthülst und mit einer Trommelfellnadel ca. $^1/_2$ Dutzend mal 1 cm tief gestichelt. Schon drei Stunden danach Entleerung



von 200 ccm hellgrünen blassen Urins, der nur minimale Mengen Eiweiß und morphotischer Elemente enthält. Dauernde Sekretion hellen reichlichen, bald ganz normal sich verhaltenden Urins nebst sofortiger Besserung von Appetit und Allgemeinzustand. Abgesehen von einer hinzutretenden, leicht ablaufenden Otitis glatte komplette Genesung.

Die bloßgelegte Niere sah sehr dunkel aus, war aber nicht stark gespannt und fühlte sich in der Kapsel pflaumenweich an. Die Abstreifung der Kapsel ging fast ohne Blutung vor sich, und auch bei den Stichelungen blutete es nur minimal. Wenn also überall die Genesung der Operation zu danken ist — und hieran zweifelt der Autor nicht —, kann das Wiederflottwerden der Nierenfunktion nicht durch eine Entspannung der überspannten Niere (Harrison usw.) eingeleitet sein. Möglich, daß die Operation durch die Trennung oder Dehnung von nervösen, besonders sympathischen, zur Niere gehörigen Fasern und Geflechten vasomotorischer oder sekretorischer Art lebensrettend geworden ist. (Selbstbericht.)

42) **W. J. Pulley.** The treatment of renal inadequacy complicated by an apparent nephritis.

(New York med. record 1905. June 24.)

P. ist der Ansicht, daß chronische Nephritis durch keine Art von Lokalbehandlung oder rein chirurgische Eingriffe geheilt werden könne, daß aber einzelne Symptome dieses Leidens, welche die Folge des erhöhten inneren Nierendruckes sind, durch Nierenaushülsung gebessert werden können.

Das Verfahren, mit dem Verf. eine Reihe von Nierenstörungen behandelte, bestand in Auswaschung der Nierenbecken mit warmer $^1/_{10}$—$^1/_2$%iger Höllensteinlösung (außerdem Ruhe und Diät). Die Besserung bei vier Fällen von anscheinend wahrer Nephritis wird dieser Behandlung zugeschrieben, dabei aber zugestanden, daß mit der Lokalbehandlung auch unzweifelhafte Verschlimmerungen, besonders bei der chronischen interstitiellen Form beobachtet wurden. — Zwei weitere Fälle betreffen Gonorrhoiker mit Albumen und anscheinend vorausgegangenen aufsteigenden Entzündungsprozessen, bei welchen der Erfolg vielleicht durch die mechanische Lösung gewisser Stauungsverhältnisse erklärt werden kann.

Die Erklärung für die günstige Wirkung der Nierenbeckenwaschungen, auch bei manchen wahren Nephritiden wird vom Verf. in der »Entfernung der Produkte, welche einen Reiz ausüben« und dann wieder in »reflektorischen Einflüssen gesucht«.

Loewenhardt (Breslau).

43) **Unger.** Beiträge zur Lehre vom Hermaphroditismus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 13.)

An einer in der v. Bergmann'schen Klinik verstorbenen 37jährigen Pat. konnte folgender Befund erhoben werden: Äußere Genitalien: Statt der Clitoris findet sich ein dem kindlichen Penis ähnliches Gebilde von Haselnußgröße mit einer Hypospadie ähnlichen narbigen Einziehung. In diesem Gebilde fühlt man keine festen Teile, es ist von Epidermis überzogen. Hymen von annulärer Form mit linsengroßer Öffnung, die kleinen Labien fehlen. Die Harnröhre, $2^1/_2$ cm lang, buchtet sich mit der hinteren Wand in die Scheide ein, die einen walnußgroßen Blindsack darstellt. In ihrer Tiefe sieht man eine stecknadelkopfgroße Öffnung, durch die die Sonde noch mehrere Millimeter in die Tiefe dringt. Innere Genitalien: Beiderseits ein Hoden, Nebenhoden und ungestielte Hydatide, beiderseits ein Müller'scher Gang vom Leistenkanale bis zum Beginne der Scheide reichend; beide sind nicht miteinander verschmolzen. Der Gebärmutterkörper entspricht dem späteren Fundus uteri. Es handelt sich um einen Uterus didelphys mit rudimentärer Ausbildung. Nur der distale Teil der Müller'schen Gänge ist vereinigt. Die Wolff'schen Gänge, die beim Weibe regulär nicht vorhanden sind, höchstens als Gartner'sche Kanäle persistieren, bestehen hier in größerer Ausdehnung, und zwar im distalen Abschnitt. Es handelt sich also um einen Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus ext. et int. s. completus.

Die Untersuchung eines 27jährigen Individuums, welches sich vorstellte, ergab: Männlicher Habitus. Penis 6 cm lang, nicht von der Harnröhre durchbohrt, er hat auf der Unterfläche eine flache Rinne aus Schleimhaut von $2^1/_2$ cm Breite. Skrotum gespalten, läßt sich in der Mittellinie auseinanderklappen. Seine Wülste umschließen Harnröhre und After; der Damm fehlt. Harnröhre und After sind nur durch dünne Schleimhautfalte getrennt. In jeder Hodensackhälfte Hoden zu fühlen, rechts mit deutlichem Nebenhoden. Nach dem klinischen Befunde liegt eine hochgradige Hypospadie peniscrotalis und ein Anus urethralis vor. Ob Pseudohermaphroditismus besteht, will Verf. nicht entscheiden.

Pat. war bis zum 17. Jahr als Küchenmädchen tätig.

Langemak (Erfurt).

44) **M. Mayer.** Unvollständige Doppelbildung des unteren Körperendes, Sinus urogenitalis und Nabelbruch bei einem 16jährigen Knaben.
(Zeitschrift für Medizinalbeamte 1905. Hft. 18.)

M. teilt den Befund eines als 16jähriger Knabe verstorbenen Individuums mit. Er war als drittes Kind einer kinderreichen Familie mit einer linksseitigen Hüftverrenkung, einem Nabelschnurbruch, einem überzähligen Bein und einer auffälligen Spalte in der Schamgegend geboren. Das überzählige, aus Unterschenkel, Fuß und vier Zehen bestehende Bein war amputiert worden. Der Harn wurde, nachdem einige Tage nach der Geburt mit einer Sonde die häutige Verklebung der Harnröhre gelöst war, durch den Penis gelassen. Der Tod erfolgte an Herzinsuffizienz.

An der Leiche fand sich der Brustkorb von männlichem Typus, ohne Mammae. Der linke innere Knöchel stand infolge der Hüftverrenkung um 8 cm höher als der rechte. Am rechten Oberschenkel saß die Narbe von der amputierten überzähligen Extremität, 14 cm von der oberen inneren Begrenzungslinie entfernt. Der Nabelbruch war etwa von Kindskopfgröße; daneben bestand bedeutende Diastase der Recti.

Etwa 6 cm unter dem Nabelbruch befinden sich in der Mittellinie, mit der Kuppe nach rechts oben abweichend, ein behaarter Schamberg und darunter um eine Längsspalte herum zwei Wülste, die Form und Aussehen großer Schamlippen haben. In der Spalte stößt man beim Abtasten auf glatte, feuchte, glänzende Schleimhaut, in deren hinteren Partien man weiter auf einen Kotgang kommt, der sich 2 cm nach oben verfolgen läßt. In der Decke der Höhle findet sich eine 3 cm lange, horizontal von links hinten nach vorn und rechts verlaufende knöcherne Spange. Die Höhle muß als Sinus urogenitalis angesprochen werden, die knöcherne Spange als zweiter rechter horizontal verlaufender Schambeinast. Aus der Höhle soll während des Lebens Stuhl nie, Urin nur in den ersten Lebenstagen ausgetreten sein.

In der linken Körperhälfte, ziemlich weit von der Mittellinie entfernt, liegt ein 4 cm langer Penis mit Eichel, Harnröhrenöffnung und einem nur einen Hoden enthaltenden Hodensack ohne Raphe. Der dem Penis entsprechende Schamberg ist wenig fetthaltig und nicht behaart.

Zwei von der Seite aufgenommene Photographien veranschaulichen die äußeren Verhältnisse. Die Sektion der Leiche war nicht gestattet worden, was um so bedauerlicher ist, als es sich hier um einen äußerst seltenen Fall von Hermaphroditismus gehandelt hat. **E. Moser** (Zittau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 45. **Sonnabend, den 11. November.** **1905.**

1) **F. Schürer v. Waldheim.** Ignaz Philipp Semmelweis. Sein Leben und Wirken. Urteile der Mit- und Nachwelt. 256 S.

Wien, A. Hartleben's Verlag, 1905.

Hier liegt ein Werk vor, in welchem unter Zugrundelegung umfassender Quellenstudien ein ausführliches Lebensbild von Ignaz

Semmelweis gegeben wird. Verf. hat mit seinem Werke dem hervorragenden Forscher und Arzte, dessen Bestrebungen von den meisten seiner Zeitgenossen verkannt wurden, ein schönes literarisches Denkmal gesetzt. Jedem Arzte, der Sinn für die Geschichte der Medizin hat, sei das fließend geschriebene Buch angelegentlich zur Lektüre empfohlen.

Neck (Chemnitz).

---

2) **Wörner** und **Denkinger.** Das städtische Hospital zum hl. Geist in Schwäb. Gmünd in Vergangenheit und Gegenwart mit einer Abhandlung über die Geschichte der Hospitäler im Altertum und Mittelalter und einem medizinisch wissenschaftlichen Anhang. Mit 1 Titelbild, 5 Taf., 34 Abb. 308 und 265 S.

Tübingen, H. Laupp, 1905.

Vorliegendes Werk ist eine Bearbeitung des reichen Urkunden- und Aktenmateriales des Spitalarchivs von Schwäb. Gemünd.

Den ersten Teil, die Geschichte der Hospitäler im Altertum und Mittelalter sowie des Heiliggeistspitals in Gmünd, hat W. vom Standpunkte des Arztes dargestellt. Danach haben die christlichen Hospitäler des Abendlandes ihre Vorgänger und Muster in den indischen Anstalten zur Zeit der Buddhisten; sie schließen sich enger an die Hospize und Xenodochien an, welche seit dem 8. Jahrhundert zunächst zur Aufnahme der nach Rom und Jerusalem wandernden Pilger vor den Toren der Städte und im Anschluß an Klöster erbaut wurden, später aber auch Arme, Kranke und Hilfsbedürftige jeder Art verpflegten. Die meisten Gründungen dieser Art in den deutschen Städten erfolgten indes erst im 13. und 14. Jahrhundert durch die Bruderschaft zum hl. Geist, der Papst Innocenz III. 1198 die Verwaltung des Erzhospitals zum hl. Geist in Rom übergeben hatte, oder wurden wenigstens durch sie angeregt. Dieser Bewegung verdankt seine Entstehung etwa um das Jahr 1260 auch das Gmünder Spital, das seit W.'s Leitung (1896) in ein modern betriebenes Krankenhaus umgewandelt ist, ohne seine äußere, altehrwürdige, geschichtliche Gestalt eingebüßt zu haben. Die früher vorherrschende Verpflegung von Pfründnern und Waisenkindern ist zurückgetreten, die Krankenbehandlung jetzt durchaus Hauptaufgabe geworden. Was es in dieser Hinsicht leistet, darüber gibt der wissenschaftliche Anhang Auskunft, in welchem drei bereits in Bruns' Beiträgen erschienene Arbeiten seiner Assistenzärzte (Klaus, Zur Kasuistik der Knochenbrüche; Closs, Die Kropfoperationen am städtischen Hospital in Schwäb. Gmünd von 1896—1903; Cluss, Die Bruchoperationen im gleichen Zeitraum und ihre Dauerresultate, referiert d. Blatt 1904/5) sowie eine von W. selbst verfaßte Übersicht über die von 1896—1903 behandelten Kranken und die an ihnen ausgeführten Operationen enthalten sind.

Im zweiten Teile behandelt Pfarrkurat Denkinger die Geschichte des Hospitals und seiner Verwaltung vom Standpunkte des Geschichts-

forschers und bringt 400 darauf bezügliche Urkunden und eine Darstellung des gesamten Grundbesitzes des Spitals.

Gutzeit (Neidenburg).

---

3) **V. Babes** (Bukarest). Über das Eindringen einiger Mikroben durch die Oberfläche des Körpers.

(România med. 1905. Nr. 10 u. 11.)

Verf. hat schon vor vielen Jahren nachgewiesen, daß sich Mikroorganismen pathogener Natur in der Tiefe der Haut vorfinden, und daß eine vollständige Desinfektion derselben nicht gut möglich ist. Er ist daher der Ansicht, daß die jetzt allgemein übliche Asepsis bis zu einem gewissen Grade durch Antisepsis ersetzt werden soll, und zwar wären hierfür die von ihm als »Grenzantiseptika« bezeichneten Lösungen zu benützen, welche genügend schwach sind, um keine giftige Wirkung auf die Gewebe auszuüben, aber doch genügend große antiseptische Kraft besitzen, um eventuelle pathogene Keime zu zerstören; die zu erzielenden Resultate wären also auf diese Weise viel bessere. Solche Lösungen sind: Sublimat 1:50000, ferner 4%ige Borsäurelösung und 1%ige Bernsteinsäurelösung.

Zahlreiche Untersuchungen haben B. die Überzeugung verschafft, daß Mikroorganismen durch die intakte Haut in das Innere des Körpers dringen können, und hat sich hierbei herausgestellt, daß Streptokokken und Staphylokokken, die von der gesunden Haut stammen, bei den Versuchstieren keinerlei krankhafte Erscheinungen hervorrufen, während sie schwere Erkrankungen und selbst den Tod bewirken können, falls sie von einem Abszeß, Erysipel, einer Septhämie oder Pyämie abstammen. Es genügt, mit derartigen Kulturen die gesunde Haut einzureiben, um schwere Phlegmonen oder Erysipel hervorzurufen. Werden derartige Hautstücke mikroskopisch untersucht, so findet man, daß die Mikroorganismen durch die Haarfollikel in die Tiefe gelangen, hier günstige Entwicklungsbedingungen vorfinden, sich weiter vermehren und nun ihre schädlichen Einflüsse ausüben können. Besonders leicht geschieht die Inokulation durch die rasierte Haut, selbst wenn man mittels Lupe keinerlei Verletzung derselben feststellen konnte. Es scheint, daß durch das Rasieren die Haarfollikel besser geöffnet werden. Weniger leicht geht die Infektion durch das Einreiben virulenter Kulturen auf die geschorene Haut der Versuchstiere, doch gelingt auch dieses, falls man stark virulente Kulturen benützt, die bereits ein- oder zweimal durch den Körper eines Tieres gegangen sind. Besonders leicht durchdringt der Rotzbazillus die unversehrte Haut, und es sind hierdurch die zahlreichen Infektionen, die in Laboratorien und bei Sektionen mit demselben geschehen, erklärlich. Es ist ferner noch festgestellt worden, daß die Infektion mit Mikroorganismen durch die unverletzte Haut viel leichter geschieht, als durch Wunden, falls dieselben älter als einen Tag sind; nur ganz frische Wunden gestatten also die Infektion, während später selbst mit sehr virulenten Mikroben, wie Rotz und Pest, eine solche nur sehr schwer zu erzielen ist.

Nachdem B. im Jahre 1883 in einem Bericht an die Akademie der Wissenschaften in Paris gezeigt hat, daß die Tuberkelbazillen durch die Krypten der gesunden Mandel in den Körper dringen können, hat er in letzter Zeit, in Verbindung mit Riegler, Untersuchungen darüber angestellt, wie sich diese Bakterien mit Bezug auf die Durchdringung der intakten Körperhaut verhalten. Die gemachten Versuche ergaben positive Resultate, insofern man durch das Einreiben von Tuberkelkulturen auf die rasierte Bauchhaut von Meerschweinchen in den meisten Fällen Tuberkulisierung der benachbarten Lymphdrüsen und im weiteren Verlaufe Verbreitung der Krankheit mit tödlichem Ende erzielen konnte. Auch durch die nur geschorene Bauchhaut konnte die Infizierung erzielt werden, falls man Kulturen von Tuberkelbazillen benützte, welche bereits durch den Körper von Versuchstieren ein- oder zweimal gegangen waren. **E. Toff** (Braila).

---

4) **Auclair** et **Radiguer.** Rôle des toxines tuberculeuses locales dans le processus tuberculeux. La tuberculose, maladie d'intoxication surtout locale.

(Bull. méd. 1905. Nr. 54.)

Verff. stellen folgende Pathogenese der Tuberkulose auf, indem sie sich auf die Eigenschaften der örtlichen Toxine des Tuberkelbazillus, auf Ergebnisse der experimentellen Tuberkulose bei Tieren und auf die klinischen Eigentümlichkeiten der Menschen- und Tiertuberkulose stützen:

Die spezifischen und örtlichen tuberkulösen Veränderungen sind das Resultat von Toxinwirkung. Die tuberkulösen Toxine sind eng mit dem Körper des Bazillus verbunden. Eines dieser Toxine, in Äther löslich, verursacht die Verkäsung, ein zweites, in Chloroform löslich, die tuberkulöse Sklerose, und zwar gleichgültig, in welchem Organ ihre Tätigkeit sich äußert. Die Wirkungen dieser Toxine sind ganz oder vorwiegend örtlich. **Mohr** (Bielefeld).

---

5) **M. Schützenberger.** La glycogenèse dans les tumeurs. Importance diagnostique et prognostique.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1905.

Die Untersuchungen auf Glykogen, von denen S. an allen Arten von Geschwülsten eine große Zahl ausgeführt hat, sind stets an frisch entnommenem Material anzustellen, da Fäulnis den größten Teil des Glykogens vernichten kann. Am besten untersucht man an Stücken, die erst in Alkohol (92° absolutem) und dann in 1—2%iger Osmiumsäure gehärtet sind. Die Färbung wird mit Jodkaligummilösung vorgenommen, wodurch Glykogen mahagonibraun gefärbt wird.

Bei den von der Haut ausgehenden Epitheliomen findet man Glykogen an den Zellen der Peripherie; und zwar enthalten sie desto mehr Glykogen, je jünger sie sind und je schneller sie wachsen. In

den Karzinomen des Verdauungskanales ist stets Glykogen nachzuweisen, am wenigsten in den Kolloidkrebsen des Magens. Bei Uteruskarzinomen und den meisten Drüsenkrebsen ist der Glykogengehalt ein beträchtlicher. Großen Schwankungen ist die Menge der Glykogens in den Sarkomen unterworfen; stets ist es aber nachzuweisen, wenn auch nur an manchen Stellen. Am meisten glykogenhaltig sind die Rundzellensarkome. Knorpelgeschwülste sind stets glykogenhaltig, da schon normaler Knorpel Glykogen enthält.

In gutartigen Geschwülsten, Adenomen, Polypen, Eierstockscysten findet man kein Glykogen; in angeborenen Geschwülsten, Dermoiden, höchstens an Stellen, die gerade einem ungewöhnlichen Wachstum unterliegen.

Im Innern der Epitheliome ist das Bindegeweben frei von Glykogen. Auch das umliegende Bindegewebe ist frei davon, so daß an schnell wachsenden Geschwülsten bei der Jodfärbung eine scharfe Grenze zwischen Geschwulstgewebe und noch nicht ergriffenem Gewebe schon durch die Färbung zu sehen ist. Dagegen kann die Haut auf den Reiz einer beliebigen Geschwulst hin, ebenso übrigens auf Reize entzündlicher Art, wie Tuberkulose, im Bereiche dieses Reizes mit Glykogenproduktion anworten. Eine mit Zylinderepithel bekleidete Schleimhaut wiederum bringt kein Glykogen hervor, selbst dann nicht, wenn es in den Geschwülsten selbst reichlich enthalten ist.

Das Glykogen in den Zellen der Geschwülste ist ein Erzeugnis der gesteigerten Tätigkeit dieser Zellen, es dient zum Aufbau neuer Zellen wie im embryonalen Gewebe; es hat mit dem Glykogen in der Leber nichts zu tun und führt nie zur Glykosurie. Je schneller eine Geschwulst wächst, desto mehr Glykogen findet man. Bei entzündlichen Vorgängen vermißt man es meist ganz.

In prognostischer Hinsicht mißt Verf. deshalb dem Glykogenbefund einen großen Wert bei, insofern reichlicher Glykogengehalt auf schnelles Wachstum der Geschwulst deutet, so daß dabei die Prognose schlecht ist. Außerdem zeigt der Glykogenbefund deutlich die Stellen des jeweiligen Wachstums sowohl in der primären Geschwulst wie in den Drüsenmetastasen. Nur bei den Chondromen kann man aus oben erwähntem Grunde keine prognostischen Schlüsse ziehen. — Bei den Fibromyomen findet man Glykogen nur in Zeiten des schnellen Wachstums, sonst aber, wie bei gutartigen Geschwülsten, nicht.

Bei bösartigen Geschwülsten fehlt ferner das Glykogen an Stellen wo Ulzerationen vorliegen und ferner dann, wenn sich Erysipele auf ihnen entwickelt haben. **E. Moser** (Zittau).

---

6) **A. F. Blagdon Richards.** Morbid growths with a suggestion as to treatment.

(Lancet 1905. September 23.)

Verf.s theoretische Ausführungen über Geschwulstbildung und Behandlungsmöglichkeit bauen sich auf Schlüssen auf, die aus einem Vergleiche der Geschwulstzelle mit der gewöhnlichen Körperzelle resultieren:

Das pathologische Zellwachstum, das eine Geschwulst sich bilden läßt, wird in aller Wahrscheinlichkeit verursacht durch eine gestörte und fehlerhafte nutritive Tätigkeit von seiten der Ursprungszellen. Die Ernährung ist im allgemeinen reguliert und geleitet durch Nerveneinflüsse. Diese Einflüsse sind, nach den Resultaten der experimentellen Forschung zu urteilen, elektrischer Art; sehen wir doch den Metabolismus, die funktionelle Tätigkeit, die Ernährung der Zellen durch elektrische Energie beeinflußt. Bislang, sagt Verf., ist der elektrische Strom, die verschiedenen Formen der elektrischen Energie, niemals systematisch bei der Behandlung krankhafter Geschwülste versucht worden, und er meint daher, daß auf Grund seiner Ausführungen mancherlei Gründe für sorgfältige, systematische und lange ausgedehnte Versuche sprächen. Was die gutartigen Geschwülste angeht, so ist nach Verf. hier nicht viel zu erwarten. Sie sind so hoch organisiert, so gut ernährt, so ähnlich normalem gesunden Gewebe, daß kaum ein Agens einen Einfluß auf sie ausüben könnte; anders bei bösartigen Geschwülsten, schlecht organisiert und schlecht ernährt, wie sie sind. Hier könnte wohl elektrische Energie eine solche Wirkung üben, daß ihr Metabolismus und Wachstum gehemmt und alteriert würde. Zugleich könnte dadurch die Widerstandsfähigkeit der Nachbargewebe gehoben werden. Zu versuchen wären alle verschiedenen Formen der Elektrizität, der galvanische, faradische und statische Strom; die Elektroden in der Umgebung und über der Geschwulst sollen aus einer großen Menge feiner Kupferpunkte bestehen, und diese sollen gleichmäßig auf der äußeren Oberfläche einer Kappe oder eines Schildes von weichem Gummi verteilt sein. Die Batterie könnte der Kranke event. bei sich tragen. In dieser Weise würde der elektrische Strom die Geschwulst von zahlreichen Punkten aus erreichen und durchdringen und zum großen Teil vielleicht gerade in derselben Form, wie in die normalen Nervenimpulse durch die zahllosen Endungen der feinen zwischen den Geweben verteilten Fibrillen, zu den Zellen gelangen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

7) Howard. A contribution to the knowledge of endothelioma and perithelioma of bone.

(Annals of surgery 1905. September.)

Verf. berichtet über 23 Fälle von Knochenepitheliomen, von welchen er 4 selbst beobachtet hat. Alle 4 Fälle endigten tödlich und sie zeigten vielfach Metastasen; die Ursprungsgeschwulst saß zweimal im Oberarm, einmal in der Wirbelsäule und einmal im Oberschenkel. In den 23 Fällen, über welche H. aus der Literatur berichtet, waren 19mal die langen Röhrenknochen befallen, Cystenbildung war in 8 Fällen, Pulsation in 7 Fällen, Metastasen in 13 Fällen vorhanden. Es sind zwei Arten dieser Geschwülste zu unterscheiden: 1) Die gefäßreichen aus Alveolen mit verschiedenen Zellen bestehenden (alveoläre Form). 2) Die drüsenähnlichen (tubuläre Form). Bei der alveolären Form werden Zellen von verschiedenem Typus, bei der tubulären

nur polygonale von epithelialem Charakter angetroffen. Riesenzellen kommen in beiden Arten vor. In den Fällen, wo die Geschwulst vom Knochenmark nicht scharf abgegrenzt ist, ähnelt sie sehr dem Myelom. Bezüglich des Ursprunges sind zwei Arten zu unterscheiden: 1) Jene Endotheliome, welche von dem Endothel der Blutgefäße und den perivaskulären Lymphräumen entspringen. 2) Jene, welche ihren Ursprung von den Lymphgefäßen nehmen und nicht unmittelbar mit den Blutgefäßen in Verbindung stehen. Die klinischen Symptome ähneln denjenigen der Osteosarkome. Die langen Röhrenknochen und an ihnen die Epiphysengegend werden vorwiegend befallen; eine Kapsel ist meistens vorhanden. **Herhold** (Altona).

---

8) J. B. Cleland. Some remarks on the germ centres of lymphatic glands and secondary carcinomatous deposits.

(Lancet 1905. September 16.)

Verf. meint, daß die Keimzentren in den Lymphdrüsen sehr häufig außerordentliche Ähnlichkeit mit Karzinomdepositen haben und gibt einzelne charakteristische Merkmale an mit entsprechenden Abbildungen. — Es ist klar, daß Verwechslungen gelegentlich dem weniger Geübten vorkommen können, und die Prognose des Karzinoms dadurch beträchtlich beeinflußt werden kann. Dadurch erscheint der Hinweis auf diese Punkte, den die Arbeit gibt, gerechtfertigt.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

9) Moschcowitz. Dry jodine catgut.

(Annals of surgery 1905. September.)

Verf. hat ebenso wie andere Chirurgen die Erfahrung gemacht, daß das nach dem Claudius'schen Verfahren hergestellte Jodcatgut sehr zerreißbar wird, sobald es länger als 8 Tage in der Flüssigkeit gelegen hat; er nahm daher das Catgut nach 8 Tagen aus der Lösung, bewahrte es trocken im sterilen Gefäß auf, um es dann bei Operationen zu verwenden. Vorher prüfte er dieses trockene Catgut bezüglich seiner Sterilität, seiner Einwirkung auf wachsende Kulturen und sein Verhalten, wenn es infiziert war, indem er dabei Vergleiche mit dem nach der Bergmann'schen Methode hergestellten Catgut zog. Niemals wuchs auf den Nährböden etwas nach Hineinlegen von Jodcatgut, während in einigen Fällen nach Hineinbringen von Bergmann's Catgut einzelne Kulturen sich zeigten. Legte man die Proben auf mit Staphylokokken usw. infizierten Agar-Agar, so war die von Kokken freie Zone um das Jodcatgut viermal so groß als die um das Bergmann'sche Catgut. Auch wenn man das Jodcatgut mit Kulturen oder aus Furunkeln stammendem Eiter infizierte, so zeigte es sich nach Hineinlegen in eine Nährflüssigkeit stets steril, im Gegensatze zum Bergmann'schen Catgut. Brachte man allerdings mit Anthrax infiziertes Jodcatgut unter die Haut von Tieren und schloß die Wunde, so gingen die Tiere ausnahmslos zugrunde; das Catgut scheint die Bazillen daher erst, nachdem es länger auf sie eingewirkt hat, zu ver-

nichten. Das trockene Jodcatgut ist jedenfalls dem Bergmann'schen überlegen; was seine Zugfähigkeit anbetrifft, so steht es ihm gleich und es ist jedenfalls zugfester als rohes unzubereitetes Catgut. Ref. hat bereits vor einem halben Jahre bei Operationen Versuche gemacht mit Jodcatgut, das 8 Tage in der Lösung gelegen hatte und dann in sterilem Pergamentpapier aufbewahrt war. Dieses trockene Catgut erwies sich erstens als völlig steril und zweitens im Gegensatze zu dem brüchigen, in der Lösung befindlichen als sehr zugfest.

Herhold (Altona).

---

10) **Perutz** (München). Der subphrenische Abszeß.

(Zentralblatt f. d. Grenzgebiete d. Medizin u. Chirurgie 1905. Bd. VIII. Hft. 4—10.

Verf. liefert unter Zugrundelegung von 161 Nummern und unter Verwertung persönlicher Erfahrungen ein außerordentlich sorgfältiges und kritisch gesichtetes Sammelreferat über den subphrenischen Abszeß, welches die Literatur bis zum 1. Juli 1904 umfaßt. Im allgemeinen Teile werden Ätiologie, Anatomie, Diagnose, Therapie usw. behandelt; der spezielle Teil beschäftigt sich in 10 Kapiteln mit den verschiedenen Ausgangspunkten der Abszesse unter kurzer Mitteilung besonders wichtiger Krankengeschichten. Die Einzelheiten entziehen sich hier naturgemäß der Wiedergabe; für jeden, der sich über die vorliegende Frage orientieren will, wird die Arbeit des Verf. eine wertvolle Hilfe sein.

Deutschländer (Hamburg).

---

11) **Fraenkel.** Über die Blutgefäßversorgung des Wurmfortsatzes.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 1.)

Die anatomischen Lehrbücher machen hierüber nur kurze Angaben. Die Anschauung, daß der Wurmfortsatz ungenügend mit Blut versorgt werde, wird durch die Untersuchungen v. Brunn's und die des Verf. gründlich widerlegt. F. hat nach dem Vorgange von C. Sick durch Wachszusatz erstarrbar gemachte graue Salbe in die Gefäße injiziert und den Gefäßverlauf des normalen und erkrankten Wurmfortsatzes in geradezu hervorragend schönen Bildern röntgenographisch zur Anschauung gebracht. F. zeigt, daß die Blutversorgung des Wurmfortsatzes eine nichts weniger als mangelhafte ist; er spricht im Gegenteil von einer geradezu glänzenden Ausstattung dieses Darmteiles mit Gefäßen, und die beigefügten Röntgenbilder bestätigen dies. Nicht nur, daß die A. appendicularis genügend und reichlich sowohl intraparietal als intramesenterial gegenseitig anastomosierende Gefäßästchen entsendet, ist sie gar nicht das einzige Gefäß, welches den Processus vermiformis mit Blut versorgt. Der zentralste Teil des Wurmfortsatzes bezieht vielmehr sein Blut aus einem, am medialen Umfang des Colon ascendens bzw. des Blinddarmes abwärts ziehenden, völlig getrennt von der A. appendicularis aus der A. ileo-colica entspringenden Arterienast.

Verf. hält deswegen ein Insuffizientwerden des Gefäßapparates am Wurmfortsatz für undenkbar und Veränderungen, die mit hämorrhagischen Infarkten anderer Organe in Parallele zu setzen wären, für ausgeschlossen. **Gaugele** (Zwickau).

12) **T. Landau.** Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden.

Berlin, **August Hirschwald,** 1904. 82 S.

Im ersten Kapitel setzt sich L. mit den verschiedenen Theorien über die Entstehung und die ersten Veränderungen der Appendicitis auseinander und polemisiert dabei besonders stark gegen Riedel's bekannte Anschauungen, um dann im zweiten die Frage zu behandeln, nach welchen Gesichtspunkten wir die Appendicitis einteilen sollen. Hierbei stellt er sich auf den Standpunkt, daß es unmöglich ist, aus den klinischen Erscheinungen mit Sicherheit auf die gerade vorliegenden anatomischen Veränderungen zu schließen. Nachdem im dritten Kapitel die klinischen Eigenschaften der Appendicitis an sich in knapper aber treffender Weise zusammengestellt sind, werden in den nächsten Kapiteln die Beziehungen zwischen Wurmfortsatz und Geschlechtsorganen im gesunden wie krankhaften Zustand übersichtlich besprochen und besonders die differentialdiagnostischen Momente zwischen Appendicitis einerseits und 1) Stieldrehung von Tuben- und namentlich Eierstocksgeschwülsten; 2) entzündlichen Prozessen und Eiterungen (Salpingo-Oophoritis, Pyosalpinx und Ovarialabszesse, Parametritis, Beckenbauchfellabszesse intra- und extraperitonealer Natur); 3) Extra-uterin-Schwangerschaft und 4) Ovarialgien, Retroflexio-versio, Ren mobilis andererseits eingehend gewürdigt. In therapeutischer Beziehung neigt L. zu der radikaleren Richtung und spricht sich vor allem für ein Eingreifen möglichst in den ersten 24 oder 48 Stunden aus, während er bei den später zur Behandlung kommenden Fällen gelegentlich abwarten will. **Dettmer** (Bromberg).

13) **Blake.** Malposition of the appendix as a cause of functional disturbances of the intestine.

(Annals of surgery 1905. September.)

B. fand in einer Anzahl von Fällen, welche er wegen vermeintlicher Appendicitis operierte, keine Entzündung, sondern eine Verkürzung der Mesoappendix und einen dadurch bedingten enger gezogenen Blinddarm. Teils handelte es sich um Personen, welche an Enteroptosis litten. Verf. meint aber, daß vorwiegend angeborene Ursachen mitsprechen, indem die Gekrösgefäße mit dem intra-uterin wachsenden Colon descendens nicht genügend mitwachsen und dadurch eine Faltung und Verkürzung des Mesenteriums hervorrufen.

Herhold (Altona).

14) **Wagon.** L'appendicite chronique d'emblée.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1904. 154 S.

Als »l'appendicite chronique d'emblée« oder l'appendicite chronique pure« will Verf. nach dem Vorschlage Walther's die Formen der Appendicitis benennen, welche wir Deutschen als Appendicitis larvata bezeichnen; diese letztere Benennung will er nur für die Fälle bewahrt wissen, die als ganz andere Erkrankung nach ihrem klinischen Bild angesprochen werden mußten und erst zufällig durch operativen Eingriff als eine Erkrankung des Wurmfortsatzes erkannt wurden. Er unterscheidet je nach dem stärkeren Hervortreten der betreffenden Symptome eine forme douloureuse, dyspeptique und nerveuse. In der frühesten und späteren Kindheit sollen das hervorstechendste Symptom häufige und ungenügend erklärte Verdauungsstörungen sein, die sich ohne Fieber entwickeln, aber auf die Dauer doch zu erheblichen Störungen des allgemeinen Ernährungszustandes und des subjektiven Befindens führen. In den späteren Lebensaltern gesellt sich häufiger eine wirkliche Enterokolitis hinzu. Die am meisten zu fürchtende Komplikation ist der akute appendicitische Anfall. Makro- wie mikroskopisch bietet diese Form der Appendicitis das Bild der chronischen, oft hämorrhagischen Follikulitis, die zur forschreitenden Sklerose des Organs führt. Zurückzuführen ist sie auf infektiöse Ursachen. Als einzige Radikaltherapie kommt der operative Eingriff in Betracht.

Dettmer (Bromberg).

---

15) **W. Noetzel.** Die Behandlung der appendicitischen Abszesse.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 821.)

Nach den Erfahrungen der Rehn'schen Klinik präzisiert N. seinen Standpunkt bei der Behandlung der Appendicitis und mit besonderer Berücksichtigung des appendicitischen Abszesses in folgender Weise: »Wir kennen keinen Zeitpunkt, an dem wir abwarten. Wir operieren jeden Appendicitisanfall sofort nach der Einlieferung ins Krankenhaus zu jeder Tages- und Nachtzeit.« Das Rehn'sche Verfahren bei der Operation eines appendicitischen Abszesses ist folgendes: Es wird die freie Bauchhöhle eröffnet, der Wurmfortsatz aufgesucht und reseziert. Verwachsungen werden vorsichtig gelöst, alle Buchten des Abszesses werden freigelegt, gründlich entleert und mit Kochsalzlösung ausgewaschen. Nach Einführung eines Drains wird die Bauchwunde bis auf die Drainlücke ebenso exakt vernäht, wie bei der Operation ohne Drainage. Bei vorhandener diffuser Peritonitis werden Gegenöffnungen angelegt. Auf die prinzipielle Eröffnung der freien Bauchhöhle legt N. ganz besonderen Nachdruck und sieht darin eine wesentliche Verbesserung gegenüber dem Sonnenburg'schen Verfahren, das bei vorhandenen Abszessen die Eröffnung der freien Bauchhöhle ängstlich vermeidet. N. hält dabei die Gefahr für naheliegend, daß in der Tiefe des Abszesses das Peritoneum doch eröffnet wird,

und daß dann ohne Kontrolle durch das Auge Eiter einfließen und der Entfernung entgehen kann. Durch die folgende feste Tamponade werde der Eiter im Bauche eher zurückgehalten als entfernt, während durch ein Drain die Offenhaltung des Peritoneums in viel besserer Weise bewirkt werde, selbst wenn dabei die übrige Wunde genäht wird. Nach früheren Ausführungen des Verf. ist der exakte Verschluß der Bauchwunde sogar eine wichtige Vorbedingung für eine wirksame Drainage, weil dadurch der intraabdominale Druck wieder hergestellt wird.

Der Schnitt soll ausgiebig sein, um eine gute Übersicht zu ermöglichen, dabei aber die Innervation der Bauchmuskulatur nach Möglichkeit schonen. Empfohlen wird der Schnitt am äußeren Rande des Rectus, eventuell mit seitlicher Verlängerung in die schrägen Bauchmuskeln hinein.

Unter den Abszessen sind die besonders gefährlich, welche zu phlegmonöser Erkrankung der Darmwand, des Mesenteriums und des retroperitonealen Gewebes führen. Von 33 derartigen Pat. starben zehn. Die Ursache liegt darin, daß diese Eiterungen sich nicht genügend zugänglich machen lassen. Zweifellos hat die Erfahrung der Rehn'schen Klinik gelehrt, daß in jedem Falle die Erkrankung das Gefährliche ist, nicht aber die Operation. Von 231 Pat., die wegen Abszeß operiert wurden, starben 31, davon 13 an Komplikationen, welche mit der ursprünglichen Erkrankung und der Operation nichts zu tun hatten, 3 an subphrenischen oder Leberabszessen, 4 an chronischen Eiterungen und Fisteln, 6 an Phlegmonen der Darmwand, des Mesenteriums und des retroperitonealen Gewebes, 1 an Gasphlegmone der Bauchdecken, 3 an Peritonitis, 1 an Ileus.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

16) **A. Krogius.** Über die Frühoperation bei akuter Appendicitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 307.)

Deutscher Text der nach ihrem Original in finnischer Sprache in unserem Blatte bereits p. 913 laufenden Jahrganges referierten Arbeit. Derselben sind die Krankengeschichten der 28 vom Verf. in der Helsingforser Klinik ausgeführten Appendicitis-Frühoperationen beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) **G. Holzknecht** und **L. Brauner.** Die radiologische Untersuchung des Magens.

(Wiener klin. Rundschau 1905. Nr. 16—23.)

Verff. veröffentlichen in dieser sorgfältigen Arbeit die Ergebnisse der Durchleuchtung des Bauches mit Röntgenstrahlen, um die Größe und Lageverhältnisse des Magens exakt an die Körperoberfläche zu projizieren. Sie bedienen sich dazu der Fütterung mit Wismut, das auch in großen Mengen unbedenklich einverleibt werden kann. Zur

Beobachtung des Schlingaktes vor dem Röntgenschirm werden 2 g in Oblate eingenommen. Für die radiologische Diagnostik des Magens werden außer diesem Wismutbissen noch Wismutaufschwemmungen 10 g in 50 g Wasser gegeben, ferner Brausemischungen, oder Wismutmahlzeit (400 g Milchreis mit 35 g Bismuth. subn.), und unter Zuhilfenahme des Lagewechsels werden außer dem Schlingakt die respiratorischen Verschiebungen, die Magengrenzen, die Peristaltik einschließlich Funktion des Pylorus geprüft und aufgezeichnet. Die Bauchmassage erweist sich als äußerst wirksam auf die Magenperistaltik.

Nach Mitteilung dieser technischen Einzelheiten geben Verff. ein vollständiges detailliertes Untersuchungsschema, nach welchem bei solchen Untersuchungen konsequent zu verfahren ist. Dann folgt die genaue Beschreibung einzelner Untersuchungsfälle, begleitet von schematischen Zeichnungen, die das jeweilige Magenprojektionsbild in den einzelnen Untersuchungsstadien darstellen. Betreffs der Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden; besonders interessant sind die Fälle von Sanduhrmagen und von einem großen Magenkarzinom.

Zum Schluß wird die Bedeutung des Verfahrens, das auf Bougie und Magenschlauch verzichtet, nochmals zusammengefaßt; in der Tat handelt es sich um eine sehr interessante, fleißig durchgearbeitete Methode, die sicher nutzbringend zu werden verspricht.

Schmieden (Bonn).

---

18) **F. Schultze.** Beitrag zur Magenchirurgie, eine Modifikation der Kocher'schen Magenresektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 247.)

S. hat folgende Nahtmodifikation für die Kocher'sche Gastroduodenostomie nach Pylorusresektion erdacht. Die Zangenabklemmung am Magenstumpfe nach ausgeführter Geschwulstexstirpation wird so weit cardiawärts angelegt, daß die Lichtung des Magens bequem zugängig ist. Vorder- und Hinterwand des Magens werden weit auseinander gehalten und jetzt in die Hinterwand das Fenster eingeschnitten, in welches der Duodenumstumpf eingefügt werden soll. Derselbe wird ins Fenster hineingezogen und Duodenalwand mit Magenwand mit einigen Klauenschiebern ringsum in richtiger Lage zusammengebracht. In die Umgebung wird Gaze gelegt, zur aseptischen Bekleidung der Vereinigungsstelle. Jetzt ist vom Mageninnern her zwischen den die richtige Lagerung sichernden Schiebern bequem die Magenduodenalnaht ausführbar. Es folgt eine zweite Etage als (äußere) Serosanaht, für welche ebenfalls durch Schieberanlegung die richtige Situierung vorzubereiten ist. In gleicher Weise wird bei der Okklusionsnaht des Magenstumpfes die richtige Lagerung der Wundlippen durch Schieber vorbereitet. Mehrere Figuren illustrieren das den Ref. sehr ansprechende Verfahren. Sollte der Duodenalstumpf zu wenig beweglich sein, so schlägt S. vor, das Duodenum durch Inzision der Parietal-

serosa neben der Pars verticalis zu lockern und nach links zu verschieben. Er schlägt ferner vor, wo nach Billroth II zu operieren ist, die Gastrojejunostomie ebenfalls am offenstehenden Magenstumpfe mit Einschiebung der Darmwände in das Magenfenster zu machen. Den Stumpf des Duodenums will er nach Roux in das Jejunum einpflanzen. Zwei Magenresektionen hat S. nach seiner Methode im St. Vincenz-Hospital zu Duisburg mit Glück ausgeführt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

19) **Wieting.** Beitrag zur Pathogenese und Anatomie der auf entzündlicher, namentlich tuberkulöser Basis entstandenen Darmstrikturen, nebst Bemerkungen zur Frage der Darmtuberkulose vornehmlich in der Türkei.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 341.)

Eine sehr umfangreiche, fleißige und besonders auf die große Erfahrung des Verf.s im Gebiete der operativen Behandlung der in Konstantinopel häufigen strikturierenden Darmtuberkulose gegründete Arbeit, in der Verf. betreffs der Anatomie und Pathologie der tuberkulösen Darmstriktur zu von den gewohnten Vorstellungen abweichenden Anschauungen gelangt. Während bislang zumeist die Annahme gültig war, daß die tuberkulöse Darmstriktur auf konstringierender Vernarbung eines tuberkulösen Geschwüres beruht, weist W. an seinen Operationspräparaten nach, daß das wesentliche beim Dünndarm in diesen Fällen eine schwielig-hypertrophische und narbig schrumpfende Verdickung der Submucosa ist, bei welcher ein Schleimhautgeschwür entweder fehlen kann oder, wenn es vorhanden, nur als sekundär, also für die Strikturbildung nebensächlich zu betrachten ist. Dabei wird angenommen, daß die Bazillen in die Darmwand auf dem Lymphwege eindringen, mit Vorliebe wohl durch Epithellücken auf den lymphatischen Follikeln und Plaques und dann den zirkulär den Darm nach dem Gekrösansatz hin durchsetzenden Lymphgefäßen folgen. Dabei behält der Infektionsprozeß stets große Neigung zu lokaler Beschränkung, und ist Infektion der Mesenterialdrüsen selten. Zur Hypertrophie der Submucosa gesellt sich nicht ungewöhnlich eine polypöse Verdickung der Schleimhaut, die, Bürzel, Kämme und Falten bildend, auch zur Verlegung der Darmlichtung beiträgt. Eine ganze Reihe guter Abbildungen von Präparaten W.'s belegt die Richtigkeit dieser Angaben sehr überzeugend. Auch bei der tuberkulösen Pseudogeschwulst des Ileocoecum sind diese Vorgänge wiederzufinden und als wesentlich anzusehen. Doch beteiligen sich hier an der Bildung der Geschwulst auch Verwachsungsprozesse, namentlich mit dem Netze, sowie Fettansammlungen und an- und eingebackene Lymphdrüsengeschwülste. Ferner fehlt hier seltener als im Dünndarme Schleimhautulzeration bei gleichzeitiger Schleimhautwucherung, Vorgänge, die mit gewissen Formen des Haut- und Schleimhautlupus identisch erscheinen. Nach W.'s Erfahrungen dürften alle diese chronischen zur Verengerung führenden Darm-

tuberkulosen primäre Lokalisationen der Krankheit darstellen oder als mit anderen etwa vorhandenen ebenfalls tuberkulösen Affektionen — z. B. Halslymphomen — gleichzeitig entstanden anzusehen sein. Dagegen sind die von ihnen gänzlich verschiedenen tuberkulösen Darmgeschwüre bei Lungenphthisikern natürlich sekundärer Art.

Interessant sind die Mitteilungen W.'s über die Art der Tuberkuloseausbreitung in der Türkei, eine Frage, auf deren Erforschung die in Konstantinopel tätigen deutschen Ärzte großen Fleiß verwendet haben. Es scheint da die Infektion von Mensch zu Mensch, sowie die alimentäre Infektion infolge der Landessitten eine große Rolle zu spielen. Der beim Türken übliche Fatalismus, Nichtbeachtung jeglicher Vorsicht im Verkehr mit Phthisikern, Essen mit den Fingern aus gemeinsamer Schlüssel, Gemeinsamkeit der Wassertrinkgefäße, Verunreinigung der Nahrung und der Eßinstrumente, ferner der Verkauf der Viktualien auf offener Straße, wo Staub, Schmutz und Insekten sie verunreinigen, sind Dinge, die die Häufigkeit der Infektionen im Lande nur zu leicht begreiflich machen.

Dem Arbeitsabschnitt über die tuberkulösen Strikturen des Darmes folgen Erörterungen und kasuistische Beiträge, andersartige Stenosenbildung betreffend, als Lymphosarkom und ein Adenokarzinom auf dem Boden einer hyperplastischen Tuberkulose. Ferner ein Fall von Narbenstriktur nach Stichverletzung des Darmes mit Heilung durch Resektion, sowie dysenterische Darmnarbenbildung mit krebsiger Entartung und syphilitische Darmverengerung.

Mit dieser knappen Andeutung des Hauptinhaltes der Arbeit uns begnügend, wollen wir nur hinzufügen, daß die zahlreich eingeflochtenen Krankengeschichten nebst den beigefügten Abbildungen ebenso instruktiv wie auch die Erörterungen betreffs Diagnose, Symptomatologie und chirurgischer Behandlung der besprochenen Krankheitszustände gründlich und treffend sind. Die Lektüre der ganzen zum Schluß von einem 85 Nummern zählenden Literaturverzeichnis gefolgten Arbeit ist daher recht lohnend und bestens zu empfehlen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

20) **M. Silbermark** und **P. Dömény.** Experimentelle Studie zur Kolostomiemethode nach v. Mosetig-Moorhof.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 286.)

Die v. Mosetig'sche Kolostomiemethode beabsichtigt den abführenden Darmschenkel der Art zu verengen, daß dem Kote der Weg versperrt wird, indes eine Lichtung übrig bleibt, die zur Schleimentleerung bzw. Reinigung genügt. Zu dem Zwecke wird um den abführenden Darmschenkel eine zirkuläre Seidenfadenligatur gelegt, die aber nicht schnüren soll. Die diesseits und jenseits der einkneifenden Ligatur sich aufwölbenden und sich einander berührenden Darmwandfalten werden sero-serös zusammengeheftet, die Kunstafteranlage typisch nach Littre vorgenommen. Die Leistungsfähigkeit des Verfahrens

wurde von den Verff. an etlichen Hundeexperimenten geprüft und hat sich durchaus bewährt. Man fand, daß der einschnürende Seidenfaden nicht den Darm durchgeschnitten hatte, sondern, schön in gewünschter Lage eingeheilt, die durch die Darmentfaltung beabsichtigte Darmstenosierung gut erhalten hatte. Die Abbildung einer durch Formalinhärtung in natürlichen Formverhältnissen erhaltenen Darmschlinge eines der Versuchstiere läßt dies ersehen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

21) **F. Wallis.** Ano-rectal ulceration.

(Practitioner 1905. September.)

In übersichtlicher Weise bespricht Verf. an der Hand von 15 Skizzen die Entstehung, Verbreitung, den Verlauf und die Behandlung der Fissura ani, Fistula ani, der periproktitischen Abszesse, sowie der mit Ulzeration der Schleimhaut einhergehenden infektiösen Proktitis. Letztere mit Schmerzen und Brennen im After, sowie mit Ausfluß blutig verfärbten Eiters verlaufende Erkrankung, die viel häufiger das weibliche Geschlecht ergreift, als das männliche, zeichnet sich durch fleckweise Ulzeration der Schleimhaut, submuköse Infiltration der nicht geschwürigen Stellen, narbige Ausheilung und Schrumpfung der primär befallenen Partien und ulzeröses Fortschreiten in der Peripherie aus, und hat nach Verf. mit luetischer Infektion absolut nichts zu tun. Eine Striktur des Mastdarmes nach luetischer Ulzeration der Mastdarmschleimhaut hat Verf. überhaupt niemals beobachten können.

Die Ursache dieser Erkrankung sind Mikroorganismen, die jedoch bislang nicht einwandsfrei isoliert werden konnten. Zur Radikalheilung der infektiösen Proktitis wird die Exzision des erkrankten Darmstückes vorgeschlagen.

Jenckel (Göttingen).

---

22) **Hartwell.** The radical treatment of cancer of the rectum.

(Annals of surgery 1905. September.)

Durch drei Dinge wird es gelingen, die Erfolge der wegen Karzinom ausgeführten Mastdarmresektionen zu verbessern: 1) durch möglichst frühzeitige Mastdarmuntersuchung; 2) durch Vermeiden von septischer Affektion der Operationswunde; 3) durch radikale Operation alles Krankhaften. Punkt 2 erfordert die Anlage eines inguinalen Kunstafters, wobei die Schlinge intermuskulär und unter die Rectusscheide gelagert wird. Ferner läßt sich die Infektion vermeiden einmal durch Zunähen des Afters vor Beginn der Operation und Abtrennen des Darmes oberhalb der Neubildung zwischen zwei Tabaksbeutelnähten und mit dem Kauterisator. Was Punkt 3 anbetrifft, so ist eine radikale Entfernung alles Krankhaften meistens nur möglich, wenn der Darm weit genug oberhalb der Geschwulst durchschnitten, und dann dieses ganze distale Ende mitsamt dem After exstirpiert wird. Es gibt am Mastdarm zwei Gruppen von Lymphdrüsen; die

eine liegt am Sphinkter und drainiert nach der Leistenbeuge, die andere liegt in der Kreuzbeinaushöhlung bis zum Promontorium und drainiert nach oben; die ersteren sind dann total zu entfernen, wenn der Sphinkter mitgenommen wird. Wenn sich wirklich der letztere einmal erhalten läßt, so muß andererseits erwogen werden, daß bei einer End-zu-Endanastomose die Stelle der Vereinigung besonders zu Rezidiven neigt. 46 in verschiedenen Hospitälern Neuyorks operirte Fälle werden beschrieben, von welchen 12 = 26% tödlich endeten, von diesen letzteren gingen 7 = 58% durch Sepsis zugrunde. Es leben von den Operierten mehr als 3 Jahre 5, davon 1 Fall 9 Jahre 8 Monate. **Herhold** (Altona).

---

23) **Rommelaire.** La pathologie de la veine porte. I. Partie. De la splénophlébite.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de belg. 1903. Nr. 9.)

Wenngleich vorliegende Arbeit weniger zur Chirurgie gehört, so darf man sie wenigstens zu den »Grenzgebieten« zählen, zumal chirurgische Eingriffe wie die Splenektomie, Laparotomie wegen Peritonitis usw. unter Umständen in Frage kommen. Die Krankengeschichte zu der Arbeit ist kurz folgende:

Ein 26 Jahre alter Drucksetzer von guter Konstitution erkrankte 1900 ohne bekannte Veranlassung an Nasenbluten und Schwellung des Unterleibes mit starker Venenentwicklung an der vorderen und linken Bauchwand. Seine Kräfte nahmen ziemlich rasch ab, es stellte sich Ikterus ein mit bronzeartiger Verfärbung fast wie bei Addison'scher Krankheit, Ödeme fehlten. Herz und Lungen normal. Rechte Leber stark vergrößert, bis zur Fossa iliaca herab, Milz enorm vergrößert, sie reicht nach innen bis zur Linea alba, später selbst nach rechts hinüber, nach abwärts bis zur Fossa iliaca. Leukämie fehlte. Fieber schwankte und stieg zuweilen bis zu 39,0 C. Später kam Husten und Auswurf, schmerzhafte Milz, Peritonitis und Tod. Die ganze Krankheit hatte 15 Monate gedauert. Die Sektion ergab Lungenödem; Hydroperikard; Gewicht der Leber 3770 g, rechter Lappen enorm vergrößert, linker atrophisch; Parenchym anämisch, gelblich, induriert. Milz: Gewicht 3800 g, 3690 ccm, Maße: 36×21×7. Pulpa kongestioniert, zerreißlich, hat infektiös typhöses Aussehen. Bauchhöhle: 1 Liter fibrös eitrige Flüssigkeit, frische Peritonitis. Mesenterialdrüsen normal.

Bei der Differentialdiagnose kommen besonders in Betracht die Anaemia splenica, Epitheliom der Milz, die Banti'sche Krankheit und primitive Splenomegalie, welche vom Verf. eingehend kritisch besprochen werden. Für die Diagnosestellung sind als Symptome besonders zu berücksichtigen die Anämie, Blutbeschaffenheit (mikroskopischer Befund), das Nasenbluten, die große Milz und der Zustand des Pfortadersystems überhaupt. Die Splenophlebitis hat keinen Ascites, keine Magen- und Darmblutungen im Gefolge. Allerdings, wenn später die Entzündung auf das Gebiet der Vena portarum übergeht, kommen diese Erscheinungen sowie atrophische Lebercirrhose dazu.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

24) **Rommelaire.** La pathologie du systéme veineux abdominale. II. partie. La pylethrombose.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de belg. 1905. Nr. 2, 3 et 6.)

Obige Arbeit ist die Fortsetzung der in den Bull. 1903 Nr. 9 erschienenen Arbeit: La pathol. de le veine porte, deren II. Teil sie bildet. Mit großem Fleiß hat Verf. alles zusammengetragen, was zur Klärung so vieler Unterleibskrankheiten dient, die bisher unter Magenverstimmung, Dyspepsie, chronischem Darmkatarrh, geschwollener Leber usw. behandelt werden. Mezzow hat 1841 für die Obliteration der Vena port. den Namen Pylephlebitis adhaesiva eingeführt. R. schlägt die Bezeichnung Pylethrombose vor. In 10 Kapiteln werden die Anatomie, besonders die Plexus von Retzius, diejenige des vorderen parietalen Bauchfells, die venösen Zwerchfellanastomosen, die der Umbilical- und Paraumbilicalgegend, die Rektal-, Renal- und intrahepatischen Anastomosen besprochen. In Kapitel 3 wird die Semiologie, in Kapitel 4 die Hämorrhagien besprochen und durch Zeichnungen erläutert; Kapitel 5 behandelt die Ätiologie, Kapitel 6 die pathologische Anatomie, Kapitel 7 die Blutanalyse, Kapitel 8 die Diagnostik, Kapitel 9 die Prognose, Kapitel 10 die Therapie. In Kapitel 2 sind vier Krankengeschichten mitgeteilt, für die auf das Original verwiesen wird.

Als Ursachen der Obliteration (Thrombose) der Vena port. sind zu nennen Blutveränderung und Gewebsveränderung der Venenwand durch Kompression oder Stenose. Die Plexus von Retzius, Hämorrhoidalanastomosen, die Anastomosen des Peritoneum parietale und der Bauchwand, endlich die Speiseröhrenanastomosen an der Cardia besorgen den Kollateralkreislauf. Blutungen aus der Nase, dem Zahnfleisch und der Speiseröhre sind sehr häufige Begleiterscheinungen; die letzteren sind gefährlich, Hämorrhoidalblutungen sind inkonstant. Die roten Blutkörperchen zeichnen sich gegenüber der Splenophlebitis durch Reichtum an Hämoglobin aus. Salinische Abführmittel dienen zur Entlastung in den gestauten Venen und erleichtern die Beschwerden. Talma's Operation ist in Fällen akzessorischer Pylethrombose zu empfehlen. Die Eck-Tansini'sche Fistelbildung auf operativem Wege zwischen Vena port. und Vena cava infer. findet in der Pylethrombose keine Indikation.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

25) **B. Müller.** Über Cholelithiasis und deren chirurgische Behandlung.

(Wiener med. Presse Bd. XLVI. Hft. 34—36.)

Verf. gibt einen kurzen Überblick über die chirurgische Behandlung der Cholelithiasis und geht dabei unter Anführung eines eigenen, günstig verlaufenen Operationsfalles ganz besonders auf die Cholecystenterostomie ein. Sie ist in allen jenen Fällen auszuführen, wo es sich um Stauungen in dem Gallensystem handelt, wo die Gallensteine durch das lange Verweilen der Gallenblase entstehen. Es ist

nicht damit geholfen, die Steine einfach operativ zu entfernen, sondern man muß auch die Abflußverhältnisse genau prüfen. Die Cholecystenterostomie ist eine leichte und nicht gefährlichere Operation, als die Cholecystotomie zwecks Entfernen der Steine an sich schon ist.

Paul Wagner (Leipzig).

Kleinere Mitteilungen.

Quetschzangen mit Nahtrinnen bei der Verschlußnaht von Magen und Darm.

Von

Prof. **Graser** in Erlangen.

Der für einen ungestörten Heilungsverlauf wesentlichste Punkt bei allen Operationen, die mit Eröffnung des Magens und Darmkanals einhergehen, ist die Verhütung des Ausfließens des oft recht infektiösen Inhaltes. Es ist hier

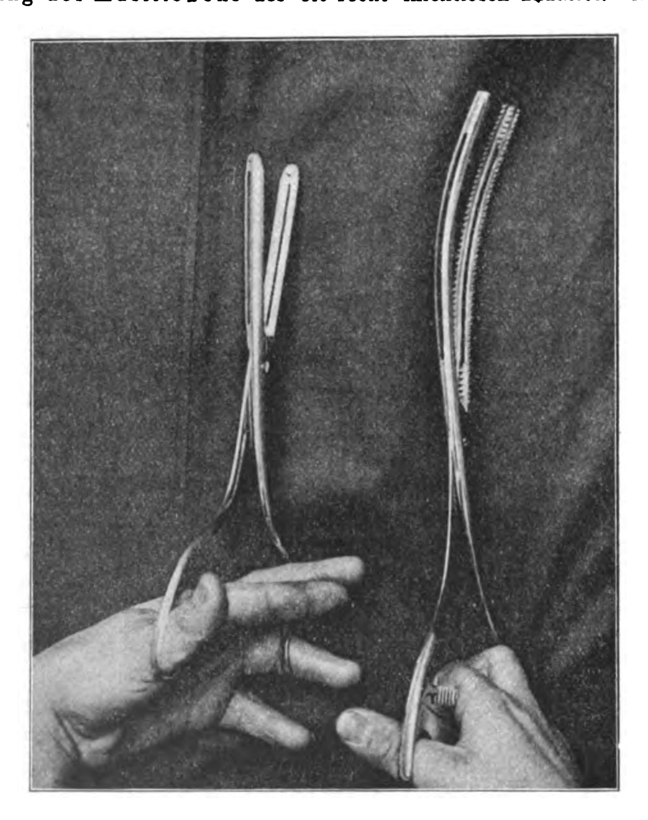


Fig. 1a. Zange für Darm. Fig. 1b. Zange für Magen.

nicht der Ort, alle die Versuche und anerkannten Methoden aufzuzählen, welche zur Beseitigung dieser Gefahr ersonnen und in Gebrauch sind. Je vollkommener der Abschluß auch unter schwierigen Verhältnissen durchgeführt werden kann, um so sicherer ist bei sonst tadelloser Technik der Erfolg. Durch die Verwendung

sicher fassender und festhaltender Klammern, Klemmen und namentlich der durch Doyen eingeführten Quetschzangen (Angiotrib, Enterotrib) ist die Technik wesentlich vereinfacht und der Abschluß der geöffneten Höhlen zweifellos sehr gefördert worden. Daß der Verschluß in ausreichender Weise auch durch die Hände eines geschickten Assistenten erzielt werden kann, beweisen zahlreiche nur auf diesem Wege erzielte ausgezeichnete Erfolge. Ein für die Ernährung ungefährlicher, zuverlässiger Verschluß durch eine auch beim Würgen, Erbrechen und sonstiger Unruhe des Pat. festsitzende Klemmzange scheint mir besser und wegen der geringeren Raumbeengung auch bequemer.

Bei der Exstirpation des Magenkarzinoms habe ich in letzter Zeit meistens den blinden Verschluß des Magens und des Duodenums mit nachfolgender Gastrojejunostomie (Billroth II) ausgeführt und habe die Verschlußnaht am Magen nach Abtrennung des Tumors bei noch liegender Quetschzange durchgeführt, wie es Kocher in seiner Operationslehre (IV. Aufl. p. 328) beschreibt. Ich benützte auch die von Kocher angegebene Quetschzange, welche durch sehr sichere Faßzähne ein Abgleiten fast mit Sicherheit verhindert.

Vor etwa einem Jahre habe ich mir nun zunächst für den Darm, später auch für den Magen eine Zange fertigen lassen[1], welche in der Mitte der Faßenden einen Ausschnitt hat, durch welchen bei festsitzender Zange unter Hin- und Herführen einer geraden Nadel mit fortlaufendem Faden die Verschlußnaht sehr bequem und sicher ausgeführt werden kann. (Fig. 1 a, b.)

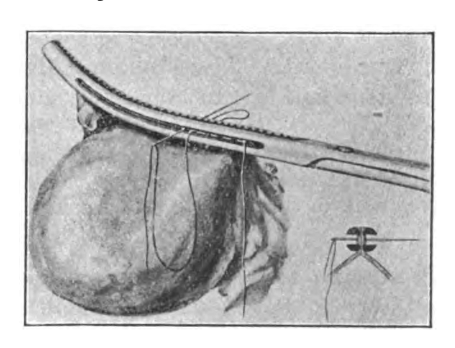


Fig. 2.

Magen resp. Darm wird dicht an der Zange mit dem Messer abgeschnitten; der freiliegende Stumpf, besonders die Schleimhautreste werden mit dem Thermokauter gründlich verschorft. Nun wird durch die Rinne der Nahtverschluß ausgeführt, die Zange durch Zusammenpressen geöffnet und unter einiger Nachhilfe (wenn fester am Magen haftend) abgenommen, während der Magenstumpf an den beiderseits geknoteten Fadenenden festgehalten wird. Es folgt die doppelte Überdeckung der Verschlußnaht, zuerst Seide, dann Catgut, gleichfalls mit gerader Nadel. Die erste Verschlußnaht liegt zwischen zwei fest zusammengepreßten Teilen, so daß ein Durchsickern von Flüssigkeit durch die Stichkanäle ganz ausgeschlossen ist. (Fig. 2.)

Dies kommt ja am Magen mit seiner dicken Wand weniger in Betracht, ist aber beim Duodenum oder Coecum recht wichtig. Ich verschließe auch das Duodenum meist mit einer queren Okklusionsnaht, weil ein guter Schnürverschluß bei kurzem Stumpf oft nicht günstig anzubringen ist.

Ferner verwende ich eine ebenso konstruierte gerade Quetschzange zum Durchnähen bei der Resektion des Proc. vermiformis, welche ich meistens unter Mitnahme eines kleinen Zipfels des Coecum ausführe.

Auch am Dickdarm ziehe ich einen (fast ebenso rasch auszuführenden) queren Nahtverschluß der Schnürung vor. Gerade in diesen zuletzt erwähnten Fällen erscheint mir das Durchnähen an einer nach beiden Seiten ganz sicher abgeschlossenen Stelle des Darmes zweckmäßig. Die Verwendung weiterer Klemmen zum Fernhalten des Inhaltes ist dabei überflüssig. Die Sicherheit des Festliegens der Zange ist durch die Doppelfurche ebenfalls vermehrt, so daß man mit der Zange die Teile gut festhalten und auch vorziehen kann.

[1] Bei Instrumentenmacher Kleinknecht in Erlangen.

Die Zangen lassen sich auch zur provisorischen und definitiven Blutstillung, z. B. am Mesenterium, dem Lig. latum gut verwenden.

Ich habe das Verfahren in einjähriger Anwendung (zehn Magenresektionen, zahlreiche Darmoperationen) so bewährt befunden, daß ich nicht anstehe, es zur Nachprüfung zu empfehlen.

---

26) **G. Heinze.** Desinfektionsapparat mit strömendem Wasserdampf.

(Illustrierte Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1905. Juni.)

Obiger Apparat arbeitet nicht mit Überdruck, ein Regulierventil sorgt dafür, daß der Dampf nicht heißer als 102° C werden kann. Die Feuerung befindet sich in einem ofenähnlichen Unterbau, auf welchen der Desinfektionsschrank für die zu desinfizierenden Sachen, Wäsche, Verbandstoffe usw., aufgesetzt ist. Das verdampfende Wasser befindet sich im Schrank auf der Feuerung. Der Apparat ist um die Hälfte billiger als die mit Überdruck arbeitenden, immerhin gefährlichen Apparate. Abbildung im Original. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

27) **W. Braun.** Heizbarer Irrigator.

(Ärztl. Polytechnik 1905. Nr. 8.)

Obiger Irrigator wird mit Hartspiritus oder Smaragd geheizt und liefert in einigen Minuten das nötige warme Wasser. Die Firma Gebr. Seidel in Marburg a. d. Lahn stellt den Apparat her. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

28) **Kranepuhl.** Abszeßbildung durch den Bacillus paratyphosus B. (Aus dem kgl. Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 28.)

Der Abszeß war am Oberschenkel, wahrscheinlich durch äußere Infektion der Kochsalzinfusionsstelle, an diesem entstanden und enthielt den Bacillus paratyphosus B. in Reinkultur. Heilung nach ausgiebiger Spaltung.

Kramer (Glogau).

29) **Etienne et Joyeux.** Septicémie colibacillaire.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 36.)

Bei dem 65jährigen Pat. traten einige Wochen nach einer Cystostomia suprapubica mit günstigem Verlaufe plötzlich die Erscheinungen einer Septhämie auf, ohne daß der Urin eitrig, die Nierengegend schmerzhaft gewesen wäre. Die Diagnose: Septhämie mit Ausgang von den Harnwegen durch Bakterium coli-Infektion wurde jedoch durch die Autopsie bestätigt. Aus dem Blute wurde Bakterium coli in Reinkultur gezüchtet, welche für Tiere stark virulent war. Charakteristisch für Koliinfektion war auch in diesem Falle die Temperaturkurve; zunächst 11 Tage lang andauernd hohes Fieber, sodann bis zum Tode 10 Tage lang andauernd subnormale Temperaturen. Diese Hypothermie infolge der Kolitoxine tritt regelmäßig, auch im Tierversuch auf, sobald die Infektion eine schwere, die Virulenz eine große geworden ist. **Mohr** (Bielefeld).

30) **Hallé.** Phlegmon gazeuz développé au cours de la varicelle.

(Soc. de pédiatrie 1905. Mai 16.)

H. beobachtete bei einem 4jährigen, sonst kräftigen Kinde im Verlaufe einer leichten Varicellenerkrankung eine schwere ausgedehnte Gasphlegmone, welche von einem Varicellenbläschen an der großen Schamlippe ausging; sie verbreitete sich sehr schnell trotz vielfacher Inzisionen auf die angrenzenden Partien des Rumpfes, des Oberschenkels und schließlich bis auf den Rücken und bis zur Achselhöhle hinauf. Im Bereiche der Gasentwicklung entleerte sich kein Eiter, sondern fast klare, seröse Flüssigkeit mit putridem Geruche. Trotz des schweren Allgemeinzustandes und der Ausdehnung der Phlegmone trat Heilung ein. Der histologische und bakteriologische Befund wird ausführlich mitgeteilt. Es fanden sich ebenso

wie auch in den übrigen in der Literatur vorhandenen Fällen von gangränösen Varicellen vorwiegend anaerobe Keime, die der anaeroben Flora der Genitalgegend angehören, nämlich Bacillus funduliformis et nebulosus (in der Vagina und bei Bartholinitis vorkommend), und Diplococcus reniformis (in Urinabszessen beobachtet); als vierter Keim fand sich ein bisher nicht bekannter, ebenfalls anaerober Keim, daneben nur in sehr geringer Anzahl auch Streptokokken. Bei der Gasphlegmone kann man demnach außer dem Vibrion septique (Pasteur) und dem Bacillus aerogenes capsulatus auch noch andere anaerobe Mikroorganismen finden; die in vorliegendem Falle nachgewiesenen können ebenso die Ursache putrider Pleuritiden mit Gasentwicklung sein. **Mohr** (Bielefeld).

31) **Fichtner** (Leipzig). Über leichte Formen von Holzphlegmonen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 35.)

Den von F. beschriebenen fünf Fällen war eigen: 1) plötzliche Anschwellung der submaxillaren und retroaurikularen Lymphdrüsen einer Seite mit leichter Beteiligung des periglandulären und subkutanen Gewebes, nicht der Haut; 2) außerordentlich derbe und harte Konsistenz; 3) Schmerzlosigkeit; 4) keine wesentliche Störung des Allgemeinbefindens (nur in zwei Fällen leichtes Fieber im Anfange der Erkrankung, einmal Kniegelenksschwellung); 5) geringe Neigung zur Erweichung und Eiterung (in einem Falle); 6) sehr langsame Rückbildung, meist erst nach Monaten. F. hat die Überzeugung, daß seine Fälle den von Reclus beschriebenen Holzphlegmonen nahe ständen, wahrscheinlieh sogar als leichtere Formen derselben aufzufassen seien, obwohl er selbst zugibt, daß bei den bisher beschriebenen Fällen von Holzphlegmonen überwiegend das Unterhautzellgewebe in großer Ausdehnung ergriffen war. **Kramer** (Glogau).

32) **M. v. Brunn.** Über die Stauungsbehandlung bei akuten Entzündungen nach den bisherigen Erfahrungen der v. Bruns'schen Klinik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 845.)

In der v. Bruns'schen Klinik wurden bisher insgesamt 65 Fälle von akuten Entzündungen mit Stauung nach Bier behandelt. Sie verteilen sich auf 34 Panaritien und Phlegmonen der oberen und unteren Extremität, fünf Vereiterungen großer Gelenke (Fuß-, Knie- und Schultergelenk), vier Osteomyelitiden, zehn infizierte Wunden, fünf umschriebene Abszesse und sieben Mastitiden. Die gemachten Erfahrungen waren recht ermutigende, besonders bei frischen Fällen und bei den schweren Phlegmonen der Extremitäten. Auffallend war die häufige Entstehung eines Erysipels an dem peripher von der Binde gelegenen Gliedabschnitte. Dieses Ereignis trat nicht weniger als sechsmal ein, ohne daß etwa an eine Übertragung des Erysipels zu denken gewesen wäre. In der Regel traten die Erysipele dann auf, wenn an einer seit längerer Zeit gestauten Extremität ein neuer Eingriff an der entzündeten Wunde vorgenommen worden war. Die Erysipele verliefen typisch unter oft sehr hohem Fieber, gingen aber stets ohne Schädigung des Pat. vorüber.

Von den sieben mit Saugung behandelten Mastitiden verliefen vier leichte Fälle mit umschriebenen Abszessen sehr rasch. Zwei weitere schwerere wurden ebenfalls günstig beeinflußt und heilten insbesondere ohne Entstellung der Mammae. Ein letzter Fall von doppelseitiger Mastitis dagegen nahm nach anfänglich scheinbar günstiger Beeinflußung durch die Stauung infolge des Hinzutretens von septischen Erscheinungen einen so schweren Verlauf, daß die eine Mamma ganz, die andere teilweise amputiert werden mußte. Dann trat Heilung ein.

Verf. vermutet, daß der schwere Verlauf dieses Falles wie auch das häufige Auftreten von Erysipelen darauf zurückzuführen ist, daß die Lymphgefäße in den gestauten Bezirken eine Veränderung erfahren, welche sie zur ausgiebigen Resorption der in der Wunde gebildeten Toxine und zur Infektion durch Streptokokken besonders geeignet macht. Welcher Art diese Veränderung ist, bleibt allerdings vorerst noch unbekannt. (Selbstbericht.)

33) **Derlin** (Thorn). Beitrag zur Behandlung akuter Eiterungen mit Bier'scher Stauungshyperämie.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 29.)

Die drei mitgeteilten Fälle — zwei von Sehnenscheidenphlegmonen, einer von akuter eitriger Periostitis traumatica — zeigten bei Anwendung der Bier'schen Stauungsmethode nach vorheriger Entleerung des Eiters durch Einschnitt einen durch rasches Aufhören der Schmerzen, des Fiebers und Ausheilung mit gutem funktionellen Resultat ausgezeichneten Verlauf. **Kramer** (Glogau).

34) **Bier und Klapp.** Stau- und Saugapparate zur Behandlung entzündlicher Erkrankungen.

(Ärztl. Polytechnik 1905. Nr. 8.)

Zehn Abbildungen im Original erläutern die Form und Anwendung des Schulterstauungsschlauches, der Stauungskrause für den Hals, Saugglocken für Furunkel, Karbunkel, Abszesse, Panaritien, Mastitis, Gonorrhöe usw.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

35) **W. M. F. Breakey** (Ann Arbor, M.). Parasitic sycosis communicated from cattle.

(Journ. of cutan. diseases including syphilis 1904. December.)

B. berichtet über einige Fälle von Trichophytis, bei denen die Infektion vom Rindvieh ausging. In einem Falle war die ganze Rinderherde einer Farm infiziert. Auch auf ein Pferd, welches mit dem Rindvieh zusammen weidete, war die Krankheit übertragen worden. **Urban** (Breslau).

36) **H. H. Koehler.** Report of a case of blastomycosis.

(Journ. of cutan. diseases including syphilis 1904. December.)

Ein Fall von Blastomykosis bei einem 39jährigen Neger. Mehrere zusammenhängende größere Herde von warzenähnlichem Aussehen. Typischer mikroskopischer Befund: Starke Epithelwucherungen mit zahlreichen miliaren Abszessen, in denen die Pilze leicht nachgewiesen werden können. Exzision sämtlicher Herde. Heilung teilweise unter Keloidbildung, innerlich Darreichung von Jodkali.

Urban (Breslau).

37) **P. D. Solowow.** Jodcatgut in der Chirurgie und Gynäkologie.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

S. hat durch spezifisch russische Zustände einerseits und die Beobachtung, daß das Catgut durch Liegen in der wäßrigen Lösung leidet, andererseits sich veranlaßt gesehen, die Claudius'sche Methode zu ändern. Er wickelt das rohe Catgut auf und legt es für mindestens 7 Tage in eine 1%ige alkoholische Jodlösung (käuflicher 57%iger Spiritus). Dieses Material ist in einer großen Zahl von Fällen mit Erfolg angewandt worden. **V. E. Mertens** (Breslau).

38) **Desguin.** Auto-rétracteur pubien.

(Ann. de la soc. méd.-chir. d'Anvers 1905. Juin.)

Bei seinen Operationen im kleinen Becken vom Bauch aus wendet D. seinen Retrakteur seit einem Jahre an, um die Weichteile auseinander zu halten und gute Einsicht in die Tiefe zu gewinnen. Er wirkt durch ein über eine Gabel ziehendes Gewicht automatisch. Man kann während der Operation die Richtung des Zuges beliebig ändern. Abbildung im Original. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

39) **Senorans.** Apparat zur Aushebung des Magensaftes.

(Ärztl. Polytechnik 1905. Juli.)

Der Apparat besteht aus einer graduierten, 150 g haltenden Flasche, an deren Halse seitlich eine kleine Glasröhre zum Ansetzen des Magenschlauches angebracht

ist. Ebenfalls am Halse befindet sich etwas höher oben eine kleine Öffnung. Oben auf der Flasche sitzt ein Gummiballon, der Ansauger; preßt man ihn zusammen, so entweicht die Luft durch die kleine Öffnung, beim Wiederausdehnen hält man die Öffnung zu, und nun saugt der Sauger den Mageninhalt durch den Schlauch in die Flasche, welche verkorkt dem Laboratorium zur Untersuchung ohne weiteres übergeben werden kann. Fabrikant ist H. Gentill, Paris, 49 Rue St. André des arts.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

40) **Héraud.** Doppelläufiger Katheter zur Behandlung von Darm- und Unterleibsentzündungen.

(Illustrierte Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1905. Mai.)

H. hat bei Gaillard (Paris, Rue Danton 9) ein fingerdickes Rohr mit Scheidewand und Seitenöffnungen, bestehend aus gummiertem Seidengewebe, anfertigen lassen, dessen zuführender Teil enger ist als der abführende. Es wird hoch hinauf in den Mastdarm geschoben. Das äußere Ende läuft in zwei Einzelrohre auseinander zum Ansatz von Schläuchen. Man kann mittels dieses Katheters Darmspülungen machen, ohne druckerhöhend zu wirken. (Abbildung im Original.)

E. Fischer (Straßburg i. E.).

41) **C. P. Flint.** Traumatic rupture of the intestine without injury to the abdominal wall.

(New York med. record 1905. February 18.)

An der Hand von zwei selbst beobachteten Fällen, welche besonders klar die Schwierigkeiten der Diagnose und die große Wichtigkeit sofortigen Eingriffes bei den obengenannten Bauchverletzungen zeigen, erläutert F., daß eigentlich kein positives Symptom eine Ruptur des Darmes sicher zu stellen brauche und die absolute Diagnose oft unmöglich sei. Bei irgendwelchem Verdachte sind Klistiere und viele Getränke jedenfalls zu vermeiden.

Die Zeitdauer bis zur Operation in sechs glücklichen Fällen betrug im Durchschnitte nur 8 Stunden, dagegen bei neun tödlichen Ausgängen $22^1/_2$ Stunden, woraus sich klar die guten Aussichten für einen frühen Eingriff ergeben.

Die Probelaparotomie ist bei allen Fällen mit ausgesprochener Rigidität gerechtfertigt, aber bei Hinzutritt noch irgendwelcher anderweitiger Symptome, als Schmerzen, Empfindlichkeit, Brechen, Chok usw., absolut notwendig. Jedes Trauma, welches den Leib betrifft, kann mit inneren Verletzungen verbunden sein.

Loewenhardt (Breslau).

42) **Daireaux.** Contusion du caecum, du colon ascendant et de l'anse terminale de l'iléon sans perforation.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 9.)

Ein junger Soldat fiel bei einer Übung am Barren mit dem Bauch auf die Erde. Es stellten sich Fieber, Pulsbeschleunigung, brettharte Spannung der Bauchdecken ein, so daß die Laparotomie nötig wurde. Außer einem trüben Exsudate fand man nur eine Kontusion des Blind- und des terminalen Dünndarmes mit kleinen Ekchymosen, aber keine Perforation. Der Verletzte ging an den Folgen einer allgemeinen Bauchfellentzündung trotz ergiebiger Drainage der Bauchhöhle zugrunde. Auch bei der Autopsie wurde keine Perforation gefunden. D. glaubt, daß es sich um einen Riß der Schleimhaut und Muscularis gehandelt habe, welcher auch bei unversehrter Serosa die Bauchfellentzündung hervorrief.

Herhold (Altona).

43) **V. Gillot.** Du paludisme à forme de péritonite aiguë.

(Semaine méd. 1905. Nr. 37.)

Es gibt Fälle von Malariaerkrankungen — Verf. verfügt über drei —, in denen der Anfall mit allen Anzeichen einer akuten Peritonitis einsetzt — schmerzhafte

Auftreibung des Leibes, unstillbares Erbrechen, flatternder hoher Puls, allgemeiner Verfall —, so daß in einem Falle die Laparotomie vorgenommen wurde. Vor diesem Mißgriffe kann man sich nur durch die Blutuntersuchung schützen, die in den beiden anderen Fällen sowie in dem operierten nach der Operation Plasmodien ergab. Große Dosen von Chinin beseitigten schnell alle bedrohlichen Erscheinungen.

Coste (Straßburg i. E.).

44) **Eyre** and **Fawcett.** A case of subdiaphragmatic and hepatic abscess consecutive to mediterranean fever.

(Guy's hospital reports Vol. LIX. 1905.)

Ein 38jähriger Kohlenträger, der während eines 2jährigen Aufenthaltes in Malta Maltafieber erworben hatte, erkrankte (wie lange später, ist nicht gesagt; Ref.) mit Schmerzen in der Magengegend. Es fand sich ein intraperitonealer Abszeß im Epigastrium, das geöffnet wurde. Ein Vierteljahr später — nachdem der erste Abszeß längst verheilt war — trat ein neuer, subphrenischer Abszeß im rechten Hypochondrium auf. Der Abszeß wurde auf transpleuralem Wege gespalten, aber Pat. starb trotzdem nach etwa 14 Tagen.

Im Eiter fand sich der Mikrokokkus melitensis; ebenso bei der Autopsie in dem Milzblut.

Engelmann (Dortmund).

45) **R. Haecker.** Erfahrungen über Appendicitis am Krankenhause zu Heilbronn.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 596.)

Unter den 142 Fällen, welche in der Zeit vom April 1895 bis Mai 1905 zur Behandlung kamen, wurden 6 in den ersten 48 Stunden operiert, sämtlich in den Jahren 1904 und 1905; bei 85 wurde in einem späteren Stadium des Anfalles eingegriffen. Eine Intervalloperation wurde nur 9mal ausgeführt. 43 Fälle blieben unoperiert. Einmal kam eine Appendicitis im Bruchsacke zur Operation.

Von den 6 Kranken mit Frühoperation starb der erste an allgemeiner Peritonitis, die 5 übrigen wurden geheilt.

Unter den Fällen von Spätoperation im Anfalle handelte es sich 14mal um eine bloße Abszeßspaltung. Die Zahl dieser Operationen war in den letzten Jahren im Abnehmen begriffen, weil neuerdings in der Regel auch bei Abszeßoperationen der Wurmfortsatz mitentfernt wurde. 13 Pat. wurden geheilt, 1 starb an Ileus, 2mal blieben Narbenbrüche zurück, 1mal trat ein Rezidiv der Appendicitis nach 3 Jahren auf.

Abszeßspaltungen mit gleichzeitiger Entfernung des Wurmfortsatzes wurden 41mal ausgeführt. Es war dies im Heilbronner Krankenhause seit 2 Jahren die am häufigsten ausgeführte Appendicitisoperation, für welche Verf. warm eintritt, da die von anderen Autoren befürchteten Nachteile in der Praxis nicht eintraten. 1 Pat. starb an Peritonitis. Bei 5 Pat. waren noch weitere Abszeßspaltungen erforderlich. 5mal traten Darmfisteln auf, von denen aber nur 2 an der Stelle des resezierten Wurmfortsatzes entstanden. 2 Fisteln schlossen sich von selbst, während die übrigen zu Nachoperationen Anlaß gaben. Nach den eingezogenen Erkundigungen sind 34 Pat. vollständig beschwerdefrei, 5 haben zeitweise Schmerzen in der Narbe, 1 war wegen eines Leberabszesses noch in Behandlung.

Eine bloße Abszeßspaltung mit sekundärer Resektion des Wurmfortsatzes wurde bei 3 Pat. vorgenommen, gelegentlich der Beseitigung eines Bauchbruches nach der einfachen Abszeßspaltung.

27mal lag eine allgemeine Peritonitis vor. Bei 10 dieser Fälle wurden lediglich Inzisionen zur Entfernung des Exsudates gemacht, 17mal wurde gleichzeitig der Wurmfortsatz entfernt. In der ersten Gruppe betrug die Mortalität 6 = 60%, in der zweiten Gruppe 6 = 35%. Die Gesamtmortalität der Peritonitisfälle betrug 12 = 44,4%. Diese 12 Todesfälle machen 80% der Gesamtmortalität aus.

Unter den 8 Intervalloperationen befinden sich 3 Fälle, bei denen nicht nur der Wurmfortsatz reseziert, sondern eine Darmresektion gemacht werden mußte.

Einer dieser Fälle bekam eine Kotfistel, derentwegen die Enteroanastomose wiederholt wurde. Einen Todesfall enthält diese Gruppe nicht.

Bei den 42 nicht operierten Fällen handelte es sich meist um ganz leichte Erkrankungen oder um sehr rasch vorübergehende Anfälle. Der einzige Todesfall dieser Gruppe betraf einen Pat., der moribund eingeliefert wurde.

Die Gesamtmortalität beträgt 16 = 11,3%, die Mortalität der operierten Fälle 15%. Rechnet man die Peritonitisfälle mit ihren 12 Todesfällen ab, so beträgt die Mortalität der wegen eines lokalisierten Entzündungsprozesses Operierten 3,4%, die der Intervalloperationen 0%. **M. v. Brunn** (Tübingen).

46) F. Bode. Die chirurgische Behandlung der Appendicitis. Auf Grund von 450 Operationen im akuten Stadium.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 734.)

Die vorliegende, aus dem Rehn'schen Krankenhause hervorgegangene Arbeit gipfelt in einer rückhaltlosen und unbedingten Empfehlung der Operation in jedem Stadium des appendicitischen Anfalles. Die Gründe dafür sind die absolut unsichere Prognose des appendicitischen Anfalles, der jeden Augenblick zu einer lebensgefährlichen Verschlimmerung führen kann, das Fehlen jeden Anhaltspunktes, um nach den klinischen Symptomen den anatomischen Zustand des Wurmfortsatzes zu beurteilen, die Gefahr späterer Rezidive, und nicht zum wenigsten die ausgezeichneten Erfolge eines frühzeitigen chirurgischen Eingriffes. Unter den 450 im Anfall operierten Fällen wurden 90, die so frühzeitig operiert werden konnten, daß es noch nicht zu einer Eiterung in der Umgebung des Wurmfortsatzes gekommen war, sämtlich geheilt. Von 163 Pat. mit einfachen Abszessen starben nur 3. Bei 58 Abszessen mit Komplikationen betrug die Mortalität allerdings 21, doch handelte es sich dabei auch um sehr schwere Erkrankungen, nämlich 6mal um multiple Abszesse um den Wurmfortsatz mit weiter Verbreitung im Peritoneum (2 †), 2mal um Eiterungen im Mesenterium (0 †), 7mal um subphrenische Abszesse (3 †), 5mal um Phlegmone und Gangrän des Blind- und aufsteigenden Dickdarmes (3 †), 4mal um ausgedehnte Venenthrombosen (2 †), 2mal um Lungen- und Leberabszesse (1 †), 1mal um Pleuraempyem, das geheilt wurde, 5mal um Meningitis (2 †), 1mal um eine tödliche Nephritis mit Urämie, 2mal um Gelenkmetastasen (0 †), 10mal um Darmknickungen und Invagination (2 †), 5mal um Arrosion von Gefäßen (1 †), 1mal um Durchbruch in die Blase (1 †), 2mal um allgemeine Pyämie (2 †), 3mal um Phlegmonen der Bauchwand bei Diabetes (1 †), 2mal um Ausbruch einer akuten Psychose (0 †). Bei 139 = 36,25% fand sich schon bei der Operation eine diffuse Peritonitis, die bei 77 Pat. ausheilte, während 62 starben.

Exspektativ sollen nach der Ansicht des Verf.s nur die allerleichtesten Fälle behandelt werden. Den Gebrauch von Opium widerrät er dringend, weil dadurch das Krankheitsbild verschleiert wird. Eine Operation im freien Intervalle hält er nicht für erstrebenswert, weil sie nicht selten mit größeren Schwierigkeiten und Gefahren verknüpft sei als ein Eingriff im Beginne des akuten Anfalles. Alle schweren Komplikationen legt er der exspektativen Behandlung zur Last. Je früher operiert wird, um so besser ist die Prognose. Die Eröffnung des freien Bauchfelles ist seiner Erfahrung nach unter Wahrung der üblichen Kautelen völlig ungefährlich. Es wird sogar in der Rehn'schen Klinik prinzipiell durch die freie Bauchhöhle hindurchgegangen, im Interesse einer guten Orientierung, die zur Auffindung des Wurmfortsatzes, der möglichst immer entfernt wird, und etwaiger versteckter Abszesse unbedingt erforderlich ist. **M. v. Brunn** (Tübingen).

47) W. M. Mintz. Über Erkrankungen nach Entfernung des Wurmfortsatzes.

(Chirurgie 1905. [Russisch.])

Es seien nur die zum zweitenmal operierten Fälle mitgeteilt:

1) Der 15jährige Knabe begann 4 Monate nach der Intervalloperation über Schmerzen in der rechten Seite zu klagen. Die nach weiteren 9 Monaten vor-

genommene Relaparotomie ergab, daß das Netz und das Querkolon mit der Narbe verwachsen waren und letzteres spitzwinklig geknickt war. Die Verwachsungen wurden gelöst. Nach 10 Monaten begannen die Schmerzen von neuem.

2) Der 20jährige Pat. wurde im April 1904 operiert. Im Juli begannen Schmerzen, die besonders kurz vor dem Stuhlgange sich steigerten. Im September wurde neuerdings operiert: vom Blinddarme, der in großer Ausdehnung mit der Narbe verwachsen war, zogen drei streichholzdicke Stränge zur seitlichen Bauchwand. Außerdem war das Netz sowohl mit der Narbe als mit dem Ileum in der Gegend der Klappe verwachsen, so daß der Darm nach vorn und hinten fixiert war. Pat. ist nach Lösung der Verwachsungen vorderhand gesund geblieben.

Zum Beweise, daß ganz ähnliche Veränderungen auch durch die Appendicitis zustande kommen können, führt M. u. a. folgende Krankengeschichte an:

Die Pat. wurde wegen Darmverschlusses eingeliefert. Die Spitze des Wurmfortsatzes war — offenbar während einer vor 5 Jahren überstandenen Entzündung — an das Mesenterium des Ileum angewachsen. So war ein Ring entstanden, in dem jetzt eine 73 cm lange Dünndarmschlinge eingeklemmt war, die reseziert werden mußte.

V. E. Mertens (Breslau).

48) **H. Bardy.** Eine zuwenig beachtete Operationsmethode bei großen Cruralbrüchen.

(Finska läkaresellskapets handlingar Bd. XLVII. p. 460.)

In einem Falle von rezidivierendem Cruralbruche bei einer 50jährigen Frau beseitigte Verf. die straußeneigroße Geschwulst dadurch, daß er das Lig. Pouparti der Länge nach spaltete und nach Beseitigung des Sackes in der Weise nähte, daß 4—5 starke Catgutnähte durch Mm. obliqu. intern. und transversus mit Fascia lata oben und durch das verdickte Periost des Schambeines (Lig. Cooperi) unten gelegt wurden, angefangen von der medialen Seite in der Nähe der V. femoralis. Im übrigen empfiehlt Verf. die bisher veröffentlichten ähnlichen Operationsverfahren von Lotheissen und von Codivilla, da sie größere Garantie gegen Rezidive liefern als andere Methoden und sich außerdem leicht ausführen lassen.

Hansson (Cimbrishamn).

49) **Jepson.** An extensive hernia of the diaphragm.

(Brit. med. journ. 1905. September 9.)

Ein Bergmann erleidet eine schwere Rumpfquetschung, nimmt nach 15 Wochen seine Arbeit wieder auf und stirbt eine Woche später unter heftigen Schmerzen im ganzen Leibe. Die Sektion ergibt, daß durch einen fast faustgroßen Riß in der linken Zwerchfellhälfte der ganze Magen und ein großer Teil des Dickdarmes in die linke Brusthälfte hineingeraten war. Die Todesursache war ein perforiertes Magengeschwür an der hinteren Wand. Der Mann hatte ohne wesentliche Beschwerden mit dieser Dislokation seiner Eingeweide in den Pleuraraum eine Woche lang gearbeitet.

W. Weber (Dresden).

50) **H. Mac Leod.** A remarkable collection of foreign bodies removed from the stomach.

(Practitioner 1905. September.)

Eine 30jährige Frau, welche nach der Amputation eines stark verletzten Daumens psychische Veränderungen zeigte, ihren häuslichen Pflichten aber in jeder Weise nachkam, hatte, des Lebens überdrüssig, zahlreiche Fremdkörper geschluckt, die allmählich zu einer Perforation der vorderen Magenwand mit Abszeßbildung in der Umgebung des Nabels führten. Bei der in Äthernarkose ausgeführten Spaltung des Abszesses ließ sich eine enge Kommunikation mit dem Mageninnern feststellen, und nach stumpfer Dehnung des Fistelganges konnte eine große Anzahl verschiedener Fremdkörper mit der Zange entfernt werden (52 Nadeln, zahlreiche große und kleine Nägel, Schrauben, Pinnen, Metallstücke, Zähne, Glasstücke usw.). Die Wunde wurde offen gelassen, die Haut mit Salbenverbänden versehen, um

dieselbe vor Verätzung durch den Magensaft zu schützen. Trotz guter rektaler Ernährung starb die Frau 6 Tage nach der Operation an Inanition. Durch die Sektion ließ sich feststellen, daß kein Fremdkörper mehr im Magen war. Die Wandung des letzteren war sehr verdickt, feste Verwachsungen schlossen die Bauchhöhle vom Fistelgang ab. Eine der Arbeit beigefügte Photographie zeigt die verschiedenen, zum Teil sehr spitzen Fremdkörper; 17 Glassplitter sowie 2 Kalkstücke, die ebenfalls im Magen lagen, sind nicht mit photographiert worden.

Jenckel (Göttingen).

51) **Fertig** (Kassel). Über Ulcus ventriculi traumaticum.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 37.)

Ein gesunder, kräftiger, 28jähriger Mann erhielt bei gefülltem Magen einen Hufschlag gegen den Leib. Die kleine Kurvatur wurde gegen die Wirbelsäule gedrückt, wodurch Risse in der Magenschleimhaut entstanden, die durch die Salzsäurewirkung zu tiefen Geschwüren wurden; durch Arrosion der Art. coronaria dextra in der Tiefe des größten derselben kam es am 6. Tage nach der Verletzung zu tödlicher Blutung. Bei dem bald nach dem Unfalle von F. ausgeführten Bauchschnitte war eine Verletzung eines Bauchorganes nicht gefunden worden.

Kramer (Glogau).

52) **M. Manges.** Primary sarcoma of the stomach.

(Med. news 1905. July 29.)

Verf. bereichert die Kasuistik der Magensarkome um zwei Fälle, welche, ohne operiert zu sein, tödlich verliefen.

Für das Studium der immerhin nicht häufigen Erkrankung werden die Arbeiten von Schlesinger, Fenwick, Alexandri und Oberst empfohlen.

Hofmann (Karlsruhe).

53) **H. Brooks.** Three additional cases of primary sarcoma of the stomach.

(Med. news 1905. July 15.)

Verf. hält das primäre Magensarkom für nicht allzu selten und glaubt gegenüber dem Karzinom einige differentialdiagnostische Merkmale geltend machen zu können.

In dieser Hinsicht seien das Vorhandensein von freier HCl und Milchsäure, der träge Verlauf der Erkrankung, sowie das Fehlen von tastbaren Metastasen, endlich die spärlichen Mengen Blut im Erbrochenen von Wert.

Bei den drei beschriebenen Fällen saß die diffus infiltrierende Geschwulst am und in der Nähe des Pylorus und hatte die Schleimhaut nur in einem Fall usuriert.

Hofmann (Karlsruhe).

54) **H. Fischer.** Ein Fall von Fibrolipom des Magens, kompliziert mit Tetanie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 3.)

F. veröffentlicht die Krankengeschichte einer Pat., welcher ein Fibrolipom des Magens reseziert wurde. Im Anschluß an die Operation kam es zu einem Tetanieanfall, ohne daß die Kranke sonst einen Zustand aufwies, der erfahrungsgemäß zu tetanischen Krämpfen führt. Die Anfälle waren übrigens leicht und wahrscheinlich durch eine Intoxikation bedingt. Die letztere wiederum hatte ihren Anlaß in der Speiseretention durch motorische Insuffizienz des Magens, welche vorübergehend durch das operative Trauma bei der nervösen Person hervorgerufen war.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

55) **M. Matsuoka.** Zur pathologischen Anatomie des Carcinoma papillosum ventriculi.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 723.)

Bei einem Resektionspräparate der v. Mikulicz'schen Klinik, das von einem 55jährigen Pat. gewonnen wurde, fand sich ein Karzinom der Pars pylorica mit

multiplen papillös gebauten Epithelgebilden, eine Wucherung der Epithelschicht der Magenwand und eine Papillomatose des resezierten Stückes der Duodenalschleimhaut. Der Fall scheint bis jetzt unter den Magenkrebsen ein Unikum zu sein. Im Krebsgewebe fanden sich Muskelfasern, die teils hypertrophische, teils degenerative Veränderungen aufwiesen. Die Krebszellen lagerten sich diesen Muskelfasern vielfach in ähnlicher Weise an, wie die Osteoklasten den zu resorbierenden Knochenbälkchen. Auch neugebildete elastische Fasern fanden sich in dem Karzinomgewebe vor. Die Verbreitung des Karzinoms geschah in der Art, daß die normale Epithelschicht der Magenwand vernichtet wurde. Die Tunica propria blieb eine Zeitlang verschont und ermöglichte es so dem Karzinom, sich der normalen Organstruktur anzupassen. **M. v. Brunn** (Tübingen).

56) **E. v. Rindfleisch.** Scirrhus ventriculi diffusus.

(Verhandl. d. physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Bd. XXXVII. Nr. 8.)

Die vorliegende Abhandlung liefert einen bemerkenswerten Beitrag zur Frage der Krebsätiologie. In Anlehnung an die Cohnheim'sche Theorie spricht v. R. die Ansicht aus, daß eine Absprengung von Gewebsteilen, die in der Folge zu Geschwulstkeimen werden, auch im postembryonalen Leben wahrscheinlich sei, namentlich durch Traumen und durch chronisch produktive Entzündungen, Geschwüre usw. Hierfür spricht nicht bloß die klinische Erfahrung, sondern auch die anatomische Beobachtung, die in solchen Fällen ein polyzentrisches, ja sogar ein diffuses Einsetzen der Geschwulstbildung zeigt und die Annahme eines einzigen versprengten embryonalen Geschwulstkeimes ausschließt. Zur Stütze seiner Ansicht gibt R. eine sehr eingehende pathologisch-anatomische Beschreibung eines Falles von Scirrhus ventriculi diffusus, der sich bei einem 25jährigen jungen Mann entwickelt hatte und unter dem Bilde von Magenstörungen und einer schweren perniziösen Anämie verlief. Die Diagnose konnte erst durch die Autopsie gestellt werden. Als wichtigstes Ergebnis seiner Untersuchungen stellte R. fest, daß der Scirrhus aus einer gegenseitigen Durchwachsung des Drüsenepithels und des wuchernden Bindegewebes an den noch in ihrer Form und Lage deutlich erkennbaren Drüsenkörpern entstanden sei und illustriert dies durch eine Tafel. Dieser Vorgang ist gleichzeitig und fast überall an der ganzen Magenwand eingetreten, so daß er das Gegenteil einer monozentrischen Karzinose darstellt, die allerdings nach den Untersuchungen Borrmann's die Regel bildet. R. erblickt in diesem Fall eine Unterstützung der von ihm ausgesprochenen Ansicht, wonach entzündliche Vorzustände, namentlich chronisch-katarrhalische, eine geschwürige Veränderung, möglicherweise aber auch andere Entzündungen der Geschwulstbildung die Wege ebnen können. (Der Fall verdient auch mit Rücksicht auf die Frage der Karzinose bei jugendlichen Individuen Beachtung, deren offenbare klinische Bösartigkeit möglicherweise in der Art des Wachstums eine Erklärung findet. **Deutschländer** (Hamburg).

57) **Sarvonat.** Le rétrécissement congénital hypertrophique du pylore chez le nouveau-né.

Paris, **Maloine**, 1905. 93 S.

S. vermehrt die Kasuistik der angeborenen Pylorusstenose um drei weitere Fälle, von denen zwei ohne chirurgischen Eingriff tödlich ausgingen, der dritte durch Gastroenterostomie trotz schwerer Komplikationen (Fieber, Platzen der Bauchwunde) geheilt wurde. Charakteristisch für diese in Frankreich noch wenig gekannte Krankheit sind die Konstanz und die Hartnäckigkeit der Stenosenerscheinungen, das Fehlen von Galle im Erbrochenen, der Ruck, mit dem das Erbrechen stattfindet, und der angehaltene Stuhlgang. Die Diagnose wird gesichert, wenn sich abnorme Peristaltik oder eine Geschwulst in der Pylorusgegend nachweisen lassen, und wenn trotz aller Sorgfalt ein allmähliches Sinken des Ernährungszustandes stattfindet. Die Ursachen der Pylorusstenose liegen in einer angeborenen Hypertrophie der Ringmuskulatur begründet. Der Prozeß ist einer spontanen Heilung zugänglich, die durch kompensatorische Hypertrophie der übrigen Magen-

muskulatur vermittelt wird. Indessen ist nach Ansicht des Verf.s in der Mehrzahl der Fälle auf einen derartigen Ausgang nicht zu rechnen und ein chirurgischer Eingriff angezeigt. S. bevorzugt die Gastroenterostomie. Eine Kritik der verschiedensten Operationsmethoden sowie eine umfangreiche tabellarische Übersicht über die bisher veröffentlichten Fälle beschließen die Monographie.

Deutschländer (Hamburg).

58) **Mohrmann.** Ein Fall von Atresia duodeni congenita.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 586.)

Bei dem von Habs (Magdeburg-Sudenburg) am 4. Lebenstag ohne Erfolg gastroenterostomierten Kinde war die Diagnose auf suprapapilläre Duodenalatresie auf Grund folgender Symptome stellbar gewesen: häufiges Erbrechen, starke Magenerweiterung, außerhalb deren Grenzen der Bauch fast absolute Perkussionsdämpfung gibt, dazu gallenhaltige Mekoniumentleerungen. Das in skizzierter Zeichnung wiedergegebene Sektionspräparat zeigt starke Erweiterung des Magens und des oberen Duodenalabschnittes. Innerhalb des vertikalen Teiles ist das Duodenum völlig vom Pankreaskopf umwachsen, und endigen dies- und jenseits dieser Pankreasumwachsung die Duodenalstümpfe, etwas keulenartig erweitert, völlig blind. In der den Darm verschließenden Pankreassubstanz findet sich ein ca. 1 cm langer Strang, welcher eine feine Lichtung hat und nach der mikroskopischen, verkümmerte Darmwand zeigenden Untersuchung als das in seiner Entwicklung verödete Duodenumstück anzusprechen sei.

M. stellt dem seinigen einige sehr ähnliche Fälle aus der kasuistischen Literatur der Duodenalatresie zur Seite und bespricht das entwicklungsgeschichtliche Zustandekommen der Mißbildung. In den Embryonalstadien des 30.—60. Tages ist nach Tandler das Duodenum zunächst frei durchgängig; durch Wachstum der epithelialen Elemente nebst Bildung der Zotten und Falten wird seine Lichtung dann aber zeitweise verlegt, um später wiederum frei zu werden. Die Mißbildung mag auf Ausbleiben dieses Wieder-durchgängig-werdens der Darmlichtung begründet sein, welches seinerseits für das völlige Umwachsen des Pankreas um den Darm Gelegenheit geben könnte. — Literaturverzeichnis von 12 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

59) **Schüssler** (Bremen). Rebellischer Pylorospasmus; Gastroenterostomie. Heilung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 36.)

Der Pylorospasmus war bei dem 32jährigen Manne durch Hyperazidität hervorgerufen und führte zu akuter Erweiterung des Magens im Pylorusteile, die schließlich einen hohen Grad annahm. Die Gastroenterostomose wurde nach Ermittelung der tiefsten Stelle des Magens mit Hilfe der Gastrodiaphanie an dieser, d. h. an der neben dem Nabel befindlichen Pars pylorica angelegt und beseitigte bei idealem Wundverlauf alle Beschwerden des Kranken.

Kramer (Glogau).

60) **F. Fränkel.** Beitrag zur Behandlung der nicht karzinomatösen Pylorusstenose durch Gastroenterostomie.

(Deutsches Archiv für klin. Medizin Bd. LXXXIV.)

F. berichtet über die Erfahrungen, die im Nürnberger städtischen Krankenhause mit der Gastroenterostomie bei nicht karzinomatösen Pylorusstenosen gemacht worden sind. Wenn auch die Pylorusresektion und die Pyloroplastik in gewissen Fällen wohlberechtigte Operationen bei diesem Leiden sind, so gibt F. dennoch der Gastroenterostomie wegen der relativ geringeren Gefährlichkeit den Vorzug. In der Regel wird die Gastroenterostomia posterior ohne Anastomosenbildung mit Anheftung einer kurzen Jejunalschlinge nach dem Vorschlage Petersen's ausgeführt. Der Murphyknopf findet nur in solchen Fällen Verwendung, wo eine rasche Ausführung der Operation angezeigt ist; im allgemeinen wird die Naht ohne



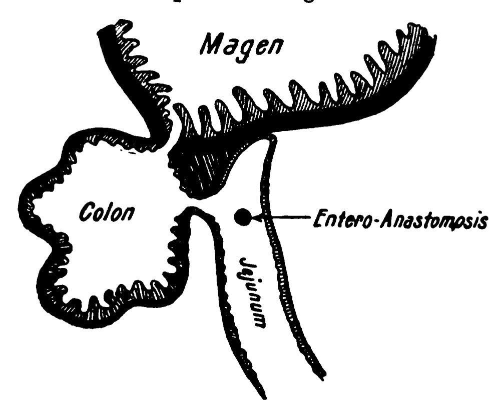
Knopf bevorzugt. In einem Falle scheint der Knopf bei einer Gastroenterostomia anterior die Ursache einer schweren Magenblutung gewesen zu sein; Pat. ging schließlich zugrunde. F. führt daher, wenn er den Knopf anwendet, stets die hintere Gastroenterostomie aus, weil bei dieser Methode ein Hineinfallen des Knopfes weniger zu befürchten sei. Insgesamt wird über 13 in dieser Weise behandelte Verengerungen des Magenausganges berichtet. Als Ursache der Stenosenerscheinungen ließen sich 7mal narbige Strikturen, 4mal entzündliche Geschwülste, wie sie sich nach Magengeschwür entwickeln, und 2mal Verwachsungen in der Pylorusgegend feststellen. Von diesen 13 Pat. sind 3 bald, 1 einige Zeit nach der Operation gestorben. In einem Falle kam es zu schweren Komplikationen, intraperitonealem Abszeß nach peptischem Jejunalgeschwür, Kotfistel; der Fall kam indessen zur Heilung. In den übrigen 8 Fällen war der Erfolg der Gastroenterostomie ein recht befriedigender und in 6 von diesen 8 Fällen war er einer klinischen Heilung völlig gleich zu erachten. **Deutschländer** (Hamburg).

61) **J. Kaufmann.** Case of peptic ulcers after gastro-enterostomy causing gastro-colic and jejuno-colic fistulae, and of spontaneous closure of gastro-entero-anastomosis.

(Med. news 1905. July 8.)

Den im Titel enthaltenen Befund gibt die folgende Figur anschaulich wieder.

Die Indikation zur Gastroenterostomie bei dem 44jährigen Pat. gaben Pylorusstenose und Hämatemesis ab. Die Rekonvaleszenz verlief ohne Störung, und der Kranke gewann in den folgenden 3 Monaten 27 Pfund. Darauf stellten sich wieder dyspeptische Beschwerden ein, die sich 2 Jahre hindurch zeigten. Im folgenden Jahre gesellte sich Erbrechen kotiger Massen hinzu, ohne daß jedoch der Darmweg verlegt war. Eine zweite Laparotomie ergab die skizzierten Verhältnisse. Die



Fisteln wurden geschlossen und die dadurch verursachte Verengerung des Colon transversum durch eine Anastomose zwischen Colon ascendens und Flexur mittels Murphyknopfes ausgeschaltet. Am 6. Tage nach der Operation trat eine Perforation der Flexur an der Anastomose ein, woran Pat. starb.

Von Interesse ist ferner die Tatsache, daß Koterbrechen nur selten auftrat, was ein über die Fistel herüberhängender Schleimhautwulst des Magens bewirkte.

Die Obliteration der Gastroenterostomieöffnung ist schon mehrfach beschrieben und hier insofern bemerkenswert, als keine Spur von der Anastomose mehr vorhanden war.

Die Ursache der Fisteln führt Verf. auf sekundäre Ulzerationen zurück.

Er warnt mit Rücksicht auf diesen Fall vor einer zu ausgedehnten Indikationsstellung bei gutartigen Erkrankungen und erinnert daran, daß Hyperazidität und chronische Gastritis nach der Gastroenterostomie nicht sofort verschwinden.

Hofmann (Karlsruhe).



62) **Fehre.** Zwei Fälle von Volvulus des Meckel'schen Divertikels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 169.)

Die Fälle, welche der Leipziger Klinik gehören, wurden wegen auf akute Peritonitis hinweisender Symptome laparotomiert.

In Fall I, 15jähriges Mädchen, fand sich ein 18 cm langes, wurstförmiges, an der breitesten Stelle 6 cm im Durchmesser haltendes, frei endigendes Divertikel, welches an seinem Darmansatze vollständig um seine Längsachse gedreht war. Ein Mesenterium fehlte, das das Divertikel tragende Darmstück war unverändert und ungeknickt. Divertikel abgetragen, Naht des Darmes. Teilweise Gazedrainage des Bauches, Heilung. Am Divertikel war in der dem Darme zu gelegenen Hälfte die Schleimhaut teilweise durch Gangrän zerstört. Inhalt: blutiger Darminhalt, kein Fremdkörper, keine Perforation.

Fall II, einen 21jährigen Schlosser betreffend, zeigte ein 12 cm langes Divertikel, welches mit dem terminalen Ende am Nabel fixiert war. Auch hier keine Torsion oder Knickung der den Darmanhang tragenden Schlinge. Der Anhang war schwarz-blaurot, prall gefüllt, er hatte sich um seine Längsachse um 360° gedreht, so daß am Darm- wie am Nabelansatz Abschnürung eingetreten war. Abtragung des Anhanges, Darmnaht, Nachbehandlung wie in Fall I, jedoch Tod an Peritonitis. — In beiden Fällen ist die starke Füllung der Divertikel bemerkenswert, die zum Zustandekommen der Achsendrehung wohl von Wichtigkeit war.

F. fügt den eigenen Fällen 12 aus der Literatur gesammelte Parallelfälle bei, die klinischen Einzelheiten der Beobachtungen miteinander vergleichend. Die Prognose des Leidens ist noch recht übel. Von den 14 Pat. sind 10 operiert und von diesen nur zwei gerettet, der eine Fall von F. und ein anderer Fall von Riedel. Zum Schluß Literaturverzeichnis von 12 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

63) **F. R. Sturgis.** Rectal abscess containing gonococci without any accompanying gonorrhoea.

(New York med. record 1905. May 6.)

Ein Mann, welcher angeblich vor 6½ Jahren die letzte Gonorrhöe durchgemacht hatte, bekam 3 Jahre später anscheinend spontan Nebenhoden- und Perinealabszesse. Nach weiteren 3½ Jahren trat ein periproktitischer Abszess mit Diplokokken auf, welche bei mehrfachen Untersuchungen, wie von sachkundiger Seite bestätigt wurde, alle Eigenschaften von Gonokokken darboten.

Loewenhardt (Breslau).

64) **I. W. Kudinzew.** Zur chirurgischen Behandlung der Hämorrhoiden.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Die gleich Null zu rechnende Mortalität, das Fehlen des Nachschmerzes, das sichere Ausbleiben von Blutungen, Rezidiv und Striktur sind nach K. die großen Vorteile der Exzision der Hämorrhoiden. Im Verlaufe seiner 54 Fälle hat er keinen einzigen Zwischenfall erlebt, der der Methode zur Last zu legen gewesen wäre. K. dehnt den Sphinkter, unterbindet die einzelnen Knoten vor der Abtrennung und legt zum Schluß ein Tampondrain ein.

V. E. Mertens (Breslau).

65) **Bonne.** Prolapsus du rectum.

(Dauphiné méd. 1905. Juin.)

B. beseitigte bei einem 2jährigen Kind einen vollständigen Mastdarmvorfall in folgender Weise: Nach Reposition des Vorfalles wurde am hinteren Umfange des Afters Haut und Unterhautzellgewebe eingeschnitten, sodann der Eingriff senkrecht zur Schnittrichtung wieder vernäht, wobei der Sphinkter etwas mit in die Naht gefaßt wurde. Die Afteröffnung wurde hierdurch verengert, in den Mastdarm ein Drain eingeführt. Vollständiger, dauernder Erfolg.

Mohr (Bielefeld).

66) **Mayo.** Some remarks on cases involving operative loss of continuity of the common bile duct.

(Annals of surgery 1905. Nr. 7.)

M. pflanzte in einem Falle von total narbig obliteriertem Choledochus den Ductus hepaticus in das vorher durch Catgutnähte ganz an die Leber herangezogene Duodenum. Es wurde aus dem letzteren ein kleines elliptoides Stück herausgeschnitten und dann eine Anastomose zwischen dieser Öffnung und dem durchschnittenen zentralen Ende des Hepaticus angelegt. Der Erfolg war ein sehr günstiger. **Herhold** (Altona).

67) **R. Hilgermann.** Ein Beitrag zu den traumatischen Erkrankungen des Pankreas.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXI. p. 276.)

Ausführliche Beschreibung des Sektionsbefundes eines an einem Karzinom des Pankreas verstorbenen Mannes. Die Geschwulst saß im Kopfe der Bauchspeicheldrüse und hatte durch Kompression zum Verschluß des Ductus choledochus geführt. Für seine Entstehung wird ein Trauma — Sturz über ein Seil — verantwortlich gemacht. Residuen einer Pankreasverletzung — Blutungen — waren nicht vorhanden. Dagegen fand sich eine ausgedehnte feste Verlötung der Bauchspeicheldrüse mit der hinteren Wand des Magens. Das Zustandekommen dieser Verwachsung erklärt Verf. durch eine infolge der Pankreasverletzung verursachte reaktive Entzündung in der Umgebung des Organes.

Zwischen der Verletzung und dem Tode des Pat. lag ein Zeitraum von ca. 8 Monaten. **Doering** (Göttingen).

68) **Zimmermann.** Zur Entstehung von Pankreascysten durch Trauma.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 582.)

Von den beiden mitgeteilten Fällen betraf der erste einen 20jährigen Mann, der einen Tritt gegen den Bauch erhielt. Es stellten sich Schmerzen in der Magengrube ein, die mehrere Tage anhielten. 3 Wochen nach der Verletzung wurde eine kleinkindskopfgroße, retroperitoneale Geschwulst gefunden, die sich bei der Operation als Pankreascyste erwies. Sie enthielt 1100 ccm schleimiges, hellgelbes Sekret, in dem Pankreasfermente nachgewiesen wurden. Zur Zeit der Veröffentlichung bestand noch eine wenig sezernierende Fistel.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 35jährigen Mann, dem beim Einsturz einer Mauer Steine auf den Leib fielen. Gleich nach der Verletzung entstand in der linken Bauchseite eine Geschwulst, die innerhalb 3 Wochen beträchtlich wuchs und zu Ileuserscheinungen führte. Bei einer Inzision floß angeblich Blut ab. Nach vorübergehender Besserung entstand eine neue Geschwulst, von Mannskopfgröße. Sie erwies sich als Pankreascyste und heilte nach operativer Eröffnung rasch. **M. v. Brunn** (Tübingen).

69) **Linnartz.** Ein neuer Rollenapparat zur Extensionsbehandlung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 294.)

Der aus einer Bettklammer und einem Rollenträger bestehende, in der medizinischen Akademie in Köln eingeführte Apparat (vgl. zwei Abbildungen) ist aus Eisen konstruiert, an jeder Bettstelle anschraubbar und sichert gute Funktion. Fabrikant: Schlosser Imkoff, Köln. Vorläufiger Preis 12 *M*.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 46. Sonnabend, den 18. November. 1905.

I.

(Chirurg. Abteilung (Prof. Ziembicki) des allgemeinen Krankenhauses in Lemberg.)

Zur Technik der Enterotomie.

Von

Dr. A. Wolf, Sekundärarzt.

Die Enterotomie bei Ileuslaparotomien hat sich wohl überall eingebürgert. Man kann eben ihren Wert nicht verkennen, wenn es gilt, den Organismus von dem toxischen Darminhalte zu befreien und der Koprämie zu steuern, ganz abgesehen davon, daß nach vollführter Enterotomie der Verschluß der Bauchwunde sich um vieles rascher bewerkstelligen läßt — man hat nicht fortwährend mit den immer wieder hervorquellenden geblähten Darmschlingen zu schaffen.

Dasselbe kann man zum Teil erreichen, wenn man, wie wir es gewohnt sind, vor der Operation ein Gummidrain durch den After einführt. Nach Beseitigung des Hindernisses kann man den Darm auf diese Weise entleeren, und zwar ziemlich leicht, wenn das Hindernis tief liegt, wie bei Torsionen des S romanum; in anderen Fällen kommt man damit nicht so gut aus, man muß durch Druck auf den Darm, durch Ausstreifen desselben nachhelfen. Die Enterotomie hingegen befreit den Darm sehr rasch von seinem Inhalt, und wird sie vor Behebung des Hindernisses ausgeführt, erleichtert sie bedeutend das Auffinden desselben und ist gleichzeitig das sicherste Mittel zur Verhütung der unliebsamen Serosarisse, die selbst bei zartester Manipulation mit den geblähten Darmschlingen nicht ganz zu vermeiden sind. Dadurch, daß der Darm nach der Enterotomie kollabiert, ist die Orientierung und Beseitigung des Hindernisses leichter, die Operation geht rascher von statten — ein Umstand, der für die wegen Ileus Laparotomierten von eminenter Bedeutung ist. Eine Vorbedingung muß erfüllt sein: Die Enterotomie muß aseptisch ausgeführt werden.

Dies erreichen wir auf folgende Weise: Es wird womöglich die tiefste geblähte Schlinge hervorgeholt, durch Kompressen die Umgebung geschützt, der Darminhalt ausgestreift und zwei Darmklemmen angelegt. Zwischen denselben legen wir eine Tabaksbeutelnaht an, die ein Längsoval von etwa $1^1/_2$ cm Länge umfaßt. Im Bereiche derselben wird der Darm eröffnet, durch die gesetzte Öffnung ein mit den Instrumenten ausgekochtes, nicht zu dünnes und genügend langes Gummidrain einige Zentimeter tief oralwärts eingeführt, die Naht behufs Abdichtung über dem Gummirohre zusammengezogen. Nach Abnahme der Darmklemmen fließt der Darminhalt durch das Rohr in ein bereitstehendes Gefäß ab. Ist nun der Darm gründlich geleert, zieht ein Gehilfe das Rohr langsam aus dem Darmlumen; währenddessen wird

die Naht stärker zusammengezogen und geknüpft. Darüber kommen einige Lembert'sche Nähte zur Sicherung.

Dieses Verfahren ist auch anwendbar, wenn die betreffende Schlinge nicht hervorgezogen werden kann, indem man ein Darmsegment mittels gebogener Darmklemme vom übrigen Lumen abgrenzt. Die Enterotomie auf diese Weise ausgeführt ist ganz einfach, es dringt kein Tropfen aus dem Darminnern auf die untergelegten Kompressen, die Hände des Operateurs und Assistenten kommen in gar keine Berührung mit dem Darminhalte.

Das in den Darm eingeführte Drain könnte endlich noch dazu benutzt werden, um durch dasselbe eine größere Menge flüssiger Nahrung in den Darm einzuspritzen, wie es Stubenrauch, wenn auch auf andere Weise, vornimmt.

II.

Einige Bemerkungen zur Technik der Blinddarmoperation.

Von

Dr. **Johannes Hahn,**

Spezialarzt für Chirurgie in Mainz.

Über die Technik der Blinddarmoperation ist schon soviel geschrieben und gesprochen worden, daß es als recht überflüssig erscheinen möchte, dazu noch weitere »Bemerkungen« zu machen. Ich möchte trotzdem aber im folgenden die von mir in den letzten Jahren geübte Methode der Schnittführung und der Entfernung der Appendix kurz anführen, da sie sich mir außerordentlich bewährt hat.

Mein Schnitt wird etwas einwärts von der Mitte zwischen Spina anterior superior und der Linea alba so geführt, daß er leicht schräg nach unten innen verläuft und die rechte Rectuscheide etwa 1 cm von ihrem lateralen Rande trifft. Die Rectusscheide wird parallel ihrem Rande eröffnet; unter Schonung der kleinen hier längs verlaufenden Blutgefäße und des motorischen Nervenastes, der in den Rectus geht, wird der Rand des Rectus nach einwärts geschoben und nun in gleicher Ausdehnung die hintere Rectusscheide usw. nebst Peritoneum eröffnet. Der Schnitt wird so klein wie möglich gemacht. Der Hautschnitt hat bei mageren Pat. eine Länge von 3—4 cm, bei fetten Bauchdecken höchstens 6—7 cm, der Schnitt durch den muskulösen Teil der Bauchwand hat aber nur eine Länge von $2^1/_2$—3 cm, nämlich nur so groß, daß durch die Öffnung mein (allerdings recht dünner) linker Zeigefinger in die Bauchhöhle eindringen kann.

Jetzt wird die Appendix mit dem Zeigefinger aufgesucht, wobei ich mich nur von meinem Gefühl leiten lasse. Es ist auffallend, wie leicht man regelmäßig — die Ausnahmen sind sehr selten — die Appendix nach dem Gefühl erurieren kann, jedenfalls

viel leichter, als es in der Regel bei dem auch von mir früher geübten größeren Schnitt mit den Augen möglich war. Dabei macht es keinen großen Unterschied, ob es sich um eine wenig veränderte, nur entzündlich mehr oder minder verdickte Appendix ohne Verwachsungen, oder ob es sich um peritonitische Eiterungsprozesse mit oder ohne starke Verklebung oder Verwachsung der Därme handelt. Ich habe den Wurmfortsatz bisher nur dann nicht gefunden, wenn ich ihn wegen des desolaten Zustandes des Pat. nicht gesucht habe, oder wenn er völlig zerstört war. Zuweilen passiert es, daß sich der Rand des entzündlich verdickten Netzes ebenso anfühlt; doch ist das kleine Versehen leicht wieder gut gemacht. Ist die Appendix an ihrer Resistenz und Gestalt erkannt, so wird sie, wenn sie in Verwachsungen eingebettet ist, vorsichtig stumpf mit dem linken Zeigefinger herausgelöst — die Blutung ist dabei stets unbedeutend — und mit dem hakenförmig gekrümmten Zeigefinger zur Schnittöffnung und eventuell durch diese hervorgedrängt, oder falls das unmöglich ist, unter Fixation mit dem Zeigefinger durch eine dünne, kleine Kornzange (Péan o. dgl.), welche neben dem Zeigefinger eingeschoben wird, oder mit einer stumpfen Doppelhakenzange, die unter vorübergehendem Herausziehen des Zeigefingers eingeschoben und mit Hilfe des wieder eingeführten Fingers zum Erfassen der Appendix benutzt wird, vorsichtig hervorgezogen.

Bei eitrigen Prozessen wird die bis zum Coecum isolierte Appendix nach einfacher Umschnürung mit einem Catgutfaden abgetragen und das Coecum reponiert, bei nicht eitrigen Prozessen wird nach kreisförmiger Durchschneidung der Serosa die Appendix dicht am Coecum mit Catgut unterbunden und die Schnittfläche nach Abtragung durch Übernähen mit dünner Seide in die Coecumwand versenkt.

Bei eitrigen Prozessen wird drainiert, bei nicht perforierter Appendix wird die Naht mit versenkter Seide schichtenweise so ausgeführt, daß der Status quo in der Bauchdecke wieder hergestellt wird.

Daß man zu einer Exstirpation der nicht perforierten Appendix einen größeren Schnitt braucht, als um die Appendix mit einem kleinen Zipfel des Coecum hervorzuziehen, wird niemand behaupten wollen; also ist jeder größere Schnitt zum mindesten überflüssig. Und daß man bei lokal eitriger Peritonitis oder auch bei freier Eiterung, Douglaseiterung oder diffuser Peritonitis durch 1—2 kleinfingerdicke Drains allen Eiter, sofern nicht die Operation überhaupt zu spät kam, viel besser entleeren kann als mit der besten Tamponade, davon habe ich mich seit Jahren überzeugt und habe deshalb die gleichzeitige Drainage nach unten durch die Rektalwand nur noch bei den allerschwersten Fällen freier eitriger Ergüsse auszuführen brauchen.

Die Vorteile des kleinen Schnittes durch die Rectusscheide sind, ganz abgesehen von der Übersichtlichkeit der exakten Schichtnaht, so in die Augen springend, daß ich mir hier jedes weitere Wort zur Empfehlung sparen kann.

---

1) **Perrin.** Syphilis conceptionelle à manifestations tardives.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 1077.)

Verf. bespricht den Verlauf der Syphilis bei 32 Frauen, welche gesund in die Ehe kamen und vom Manne infiziert wurden, und bei denen sich nach einer kürzeren oder längeren Latenz luetische Erscheinungen zeigten (3 Fälle von Tabes, 3 von Augenlues, 4 von zerebraler Lues, 2 von Gaumen-, 4 von Nasen- und Gaumenknochenlues, 3 von Zungenlues, 7 Fälle von tertiärer Lues im Gesicht und 9 Fälle von tertiärer Lues am Rumpf und Extremitäten). Ebenso traurig sind die Verhältnisse der Nachkommenschaft (Aborte, Todgeburten, Dystrophien). Ferner führt Verf. zwei interessante Fälle an, wo gesunde Frauen von ihren Männern infiziert wurden und selbst noch in zweiter Ehe mit gesunden Männern heredo-syphilitische Kinder bekamen. Verf. macht mit Recht darauf aufmerksam, daß diese Statistik deshalb so traurige Ergebnisse liefert, weil die Syphilis bei den Frauen sehr latent verläuft, nicht diagnostiziert wird, und daß eine rechtzeitige und gründliche Behandlung meist versäumt wird.

Klingmüller (Breslau).

---

2) **E. Fournier.** Syphilis héréditaire de seconde génération.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 658.)

Verf. kommt in seinem in der Soc. franç. de dermat. et de syph. gegebenen Berichte zu folgenden Schlußfolgerungen: Es gibt eine hereditäre Syphilis in der zweiten Generation. Sie kann sich in zwei Formen dokumentieren, unter der Form von Dystrophien und seltener als echte virulente Syphilis.

Klingmüller (Breslau).

---

3) **Ravant.** Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période tertiaire.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 1057.)

Verf. zieht aus der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bei 43 Fällen von tertiärer Lues folgende Schlüsse: Zerebrospinalflüssigkeit normal bei tertiärer Lues der Haut, Knochen und Schleimhäute, selbst bei ausgedehnten und lange bestehenden Formen. Nur bei Perforationen des Gaumens findet sich häufig eine Reaktion, welche sich Verf. zunächst nicht erklären kann. Bei spezifischen Augenerkrankungen ist die Reaktion sehr stark, nimmt aber ab mit dem Rückgang der Erscheinungen und dem Übergang in Atrophie. Bei subjektiven nervösen Störungen (Kopfschmerz, Schwindel u. ä.) ist die Reaktion nur manchmal vorhanden. Bei allen Syphilitikern, welche keine Zeichen von Syphilis aufweisen, fehlt sie. Nach den Untersuchungen des Verf. hat aber die Lymphocytose eine große Bedeutung bei jedem Syphilitiker; denn sie weist, vorausgesetzt, daß andere Krankheiten ausgeschlossen sind, mit Sicherheit darauf hin, daß die Syphilis auch das Nervensystem befallen hat. Dieser Befund

kann demnach als ein ebenso charakteristisches Symptom angesehen werden, wie Erscheinungen an der Haut und anderen Organen.

Klingmüller (Breslau).

---

4) **Mills** and **Frazier.** The motor area of the human cerebrum, its position and subdivisions, with some discussion of the surgery of this area.

(University of Pennsylvania med. bulletin 1905. Nr. 5 u. 6.)

Verff. berichten über neue Versuche und operative Erfahrungen, die motorische Rindenzone zu umgrenzen und einzuteilen; ihre Resultate weichen von den bekannten zum Teil erheblich ab, daher auch ihre für die operative Freilegung dieser Gegend gegebenen Anweisungen.

Verff. geben zunächst einen Überblick über die geschichtliche Entwicklung der elektrischen Reizung der Gehirnrinde zur Bestimmung der motorischen Zentren, und teilen sodann die Krankengeschichten von 10 durch F. ausgeführten Hirnoperationen mit, bei denen ausgiebige Versuche, die motorischen Zentren durch Faradisierung zu bestimmen, vorgenommen wurden. Es handelte sich hauptsächlich um traumatische Epilepsie, Geschwülste und Cysten der motorischen Region. Aus diesen und anderen Fällen amerikanischer Chirurgen, im ganzen 25 mit etwa 138 Einzelanwendungen des faradischen Stromes (meist entlang oder nahe der Fissura Rolandi), folgt, daß die motorische Region nach vorn von der Zentralfurche gelegen ist; sie ist hauptsächlich auf den Gyrus praecentralis begrenzt, ragt jedoch nach vorn auf zusammenhängende Teile der hinteren Endigungen der zweiten und dritten Stirnwindung hinüber. Die im Gyrus praecentralis zu unterst gelegene motorische Zone für das Gesicht erstreckt sich nach oben bis zum oder bis etwas oberhalb des Knies der Zentralfurche. Die zunächst nach oben zu folgende Armzone ist in senkrechter Richtung noch etwas länger als die Gesichtszone; sodann folgt weiterhin nach oben zu ein nur schmaler Streif, die Rumpfzone, sodann die Zone für die untere Extremität. Die vier genannten Zonen sind fast vollständig auf den Gyrus praecentralis beschränkt. Die Zone für die Bewegungen des Kopfes und der Augen liegt an der genannten Stelle der Stirnwindungen in Höhe des oberen Randes der Gesichtszone bis zum oberen Drittel der Armzone. Die umfangreichste Zone ist die Armzone, während die für die Beine an der Seitenfläche des Gehirns nur einen kleinen, jedoch einen viel bedeutenderen an der Mittelfläche einnimmt, nämlich am Lobulus paracentralis, wo wahrscheinlich auch die Zentren für After und Scheide liegen. Verff. gehen genau auf die einzelnen Unterabteilungen der Hauptzonen ein. Sodann wird die Technik der Faradisierung der Hirnrinde und ihre Fehlerquelle besprochen; den Verff. bewährte sich nach Erfahrungen am Lebenden und an der Leiche ein ganz bestimmter Plan, wobei die Elektrode in bestimmten fixierten Entfernungen vom oberen und hinteren Rande der Schädelöffnung aufgesetzt wird. Näheres über dieses durch mehrere Abbildungen illustrierte Verfahren

muß im Original nachgesehen werden. Zur kraniometrischen Bestimmung der motorischen Zone bewährte sich die Methode von Anderson-Makins. Der osteoplastische Lappen wird so gebildet, daß wenigstens $^2/_3$ der Schädelöffnung vor, und höchstens $^1/_3$ hinter der Fissura Rolandi liegen, und die Öffnung von der Fissura Sylvii bis ca. 1 cm entfernt von der Mittellinie reicht. Vor der Operation wird die noch weiter nach vorn liegende Zone für Kopf- und Augenbewegungen am Schädel markiert, und die Knochenöffnung event. entsprechend dieser Umgrenzung erweitert. Bei dieser Lage der Schädelöffnung wird es jedoch kaum jemals nötig, die ursprüngliche Öffnung nach vorn oder nach hinten zu erweitern. Die letzten Erfahrungen der Verff. deuten sogar darauf hin, daß man zweckmäßig den Lappen noch weiter nach vorn legt, so daß $^3/_4$ der Öffnung vor der Fissura Rolandi liegen.

Mohr (Bielefeld).

---

5) **Hölscher.** Die Lumbalpunktion, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Diagnose und Therapie der otitischen Meningitis.

(Med. Korrespondenzblatt des Württemb. ärztl. Landesvereins 1905. September 2.)

Die Anschauungen über die Heilbarkeit der diffusen otitischen Leptomeningitis sind bedeutend günstiger geworden, seit man neben der Ausrottung des ursächlichen Eiterherdes im Schläfenbein und etwaiger erreichbarer Eiterherde im Schädelinnern die Lumbalpunktion ausgiebig verwendet. Die Wirkung der Punktion, welche einen Teil der eitrig veränderten Flüssigkeit mit den darin enthaltenen Bakterien und Entzündungsprodukten entfernt, zeigt sich in Besserung oder sogar völligem Rückgange der klinischen Erscheinungen und in einer bei den Wiederholungen nachweisbaren absoluten und relativen Abnahme der Zahl der polynukleären Leukocyten und Verringerung der Virulenz der Bakterien. Ob diese Veränderung rein mechanisch durch die Verdünnung der entzündlich veränderten Flüssigkeit bedingt ist, oder auch auf einer bakteriziden Wirkung der frisch transsudierten Lymphe beruht, wofür die Abnahme der Virulenz der Bakterien sprechen würde, ist noch unentschieden. In schwereren Fällen ist die Punktion nach Bedarf zu wiederholen.

Mohr (Bielefeld).

---

6) **W. A. Lane.** Cleft palate and hare lip.

London, The medical publishing company, lim., 1905. 63 S. 5 sh.

Zur ausreichenden Begründung seiner gegen Schluß der Abhandlung aufgestellten Forderung, alle Gaumenspalten so frühzeitig als möglich, d. h. am liebsten am Tage nach der Geburt, zu operieren, geht Verf. ausführlich ein auf den sehr bedeutenden Einfluß, den der normal vor sich gehende Akt des Kauens, der Atmung u. s. f. auf die Gestaltung der Nasen- und Mundhöhle und auf die Gesichtsknochen ausübt. Er stellt den Satz auf: je besser die Entwicklung der Nasen- und Mundhöhle ist, und je freier die Atmungsluft ein- und ausstreichen

kann, desto besser wird der Erfolg der Gaumenspaltenoperation sein, ganz besonders in Beziehung auf die Sprache; je eher aber die Operation stattfindet, um so besser wird sich die durch die Mißbildung gehemmte Entwicklung von Mund- und Nasenhöhle ausgleichen. Zum Beweise bringt er verschiedene Beispiele von Ankylose der Kiefergelenke mit Wachstumsbehinderung der Unterkiefer, von lange bestehender pathologischer Zungenvergrößerung mit konsekutiver Wachstumsvermehrung des Unterkiefers und seinen Folgen für den Schluß der Zahnreihen (»open bite« and »underhung bite«). Einen solchen, sehr ausgeprägten Fall von starkem Hervorragen des Unterkiefers mit Unfähigkeit, die Zahnreihen zum Schluß zu bringen, operierte er mit günstigem Erfolge durch Resektion dreieckiger Stücke aus jeder Seite des Unterkieferkörpers. Das umgekehrte Bild, das starke Überragen des Oberkiefers mit Hervorstehen der Schneidezähne und gotisch gestaltetem harten Gaumen (übrigens eine bei Frauen und Mädchen englischer Rasse sehr häufig zu beobachtende Gesichtsbildung. Ref.) führt er zurück auf eine primäre Wachstumsbehinderung im Bereiche der Nasenhöhle, ohne Gründe für seine Theorie zu bringen. Durch methodische Ausbildung gesteigerter Nasenatmung bereits im frühen Alter behauptet Verf. in seinen Fällen von obiger Gesichtsbildung die Nasenhöhle bedeutend vergrößert und damit die Mißbildung stark ausgeglichen zu haben.

Die Übertragung dieser Theorien auf die Gaumenspalte führt zu der Forderung, durch möglichst frühzeitige Wiederherstellung des Septums zwischen Mund- und Nasenhöhle den Gesichtshöhlen Gelegenheit zu geben, sich normal zu entwickeln unter methodisch geübter Nasenatmung nach der Operation. Nur so verliert die Sprache ihren näselnden Klang. — Des Verf. Methode der Operation besteht in Ablösung eines Schleimhautperiostlappens vom harten und weichen Gaumen der einen Seite mit besonderer Schonung der Zahnkeime im Alveolarrand, Herumklappen dieses Lappens und Einschiebung unter die leicht abgehobene Schleimhautperiostbedeckung des Gaumens der anderen Seite. Befestigung mit einigen Nähten. Mehrere Zeichnungen veranschaulichen den Gang der Operation und die dabei gebrauchten Instrumente. Einen vorhandenen prominenten Zwischenkiefer trennt Verf. subperiostal vom Septum und entfernt ihn ganz und gar. Den gewonnenen Schleimhautperiostlappen benutzt er mit zur Deckung der vorderen Teile des Gaumenspaltes durch Vernähung mit dem vom Gaumen abgelösten und herumgeklappten Lappen. In der Nachbehandlungszeit wird die Nahrungsaufnahme nicht verändert, keine Mundspülung oder dgl. vorgenommen; nach 8—10 Tagen werden die Nähte entfernt. — Gleich nach Schluß der Gaumenspalte, meist in derselben Sitzung, wird die Hasenscharte operiert, niemals vorher. — Die hier vorgetragenen Theorien und Methoden des Verf. werden nicht weiter belegt durch Krankengeschichten oder Statistik.

W. Weber (Dresden).

---

7) J. A. Killian. Über den Sitz und die Eröffnung tiefliegender Abszesse der Gegend der Zungenbasis und des angrenzenden Pharynxabschnittes durch Operation von außen.

(Verhandlungen süddeutscher Laryngologen 1905.)

Die Inzision von der Mundhöhle biete nicht die wünschenswerte Übersichtlichkeit für eine exakte Blutstillung, außerdem könne man den Abszeß leicht verfehlen oder nur an einer für die Entleerung ungünstigen Stelle eröffnen. So baut Verf., angeregt durch eine von Partsch im Handbuch für praktische Chirurgie gemachte Bemerkung, ein auf einer präzisen anatomischen Darlegung der in Rede stehenden Gegend beruhendes Verfahren auf. Hier sei nur kurz erwähnt, daß K. einen medialen Spaltraum zwischen beiden Mm. genioglossi und einen lateralen zwischen M. hyoglossus und M. genioglossus unterscheidet. Da die laterale Fläche des M. genioglossus die Grenze der Zungenbasis bildet, so liegt der laterale Spaltraum medial vom M. hyoglossus, nach unten abgeschlossen durch das große Zungenbeinhorn und die hier sich ansetzenden Muskeln. Hinten reicht der Hyoglossus an den M. constrictor pharyngis medius und entspricht der Spaltraum unter dem Hyoglossus hinten der seitlichen Rachenwand. Daraus erhellen die Beziehungen des genannten lateralen Spaltraumes zur Zungenbasis und zum Rachen. Während also die medianen Abszesse der Zungenbasis zwischen beiden Genioglossi sich entwickeln, würden die seitlichen median vom Hyoglossus zu finden sein. Ein Beispiel der letzteren beobachtete Verf.; nach Freipräparierung des Hyoglossus gelang es mittels stumpfer Durchtrennung, den Abszeß zu entleeren. Einseitiges Ödem vom Aryknorpel, aryepiglottischer Falte, Epiglottis, Plica pharyngoepiglottica, Zungenwurzel- und Rachenwandschwellung hatte zur Diagnose geführt. Kieferklemme und Zunahme der Ödeme indizierten die Operation, welche zu einer glatten Heilung führte. Pat. glaubte ein Getreidegranne verschluckt zu haben. Einzelheiten der sehr präzisen anatomischen Darlegung sind im Original nachzulesen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

8) S. M. Fortescue-Brikdale. Observations on the thymus gland in children.

(Lancet 1905. October 7.)

Verf.s Arbeit ist, als Beitrag zu der Pathologie der Thymusdrüse, mit Anerkennung zu begrüßen. Das wichtigste der eingehenden Untersuchungen wäre kurz folgendes: Das Durchschnittsgewicht einer mikroskopisch normalen Thymusdrüse eines Kindes unter einem Jahre ist unter 100 grains (= 6,5 g). Kinder, die an »primärer Atrophie« leiden oder an Marasmus, zeigen meistens, doch nicht immer, fibröse Veränderungen in der Thymusdrüse; Gewicht und Größe des Organes sind ebenfalls gewöhnlich vermindert. Kinder mit »sekundärer Atrophie« zeigen ähnliche, doch weniger regelmäßig auftretende Ab-

weichungen. Möglicherweise mag ein anderer Faktor als bloße Unterernährung oder Aushungerung diese fibrösen Veränderungen erzeugen; in einem Falle Verf.s, wo das Verhungern durch angeborene Stenose des Nahrungskanales herbeigeführt wurde, wurden sie nämlich nicht beobachtet. In akuten Kinderkrankheiten kann Fibrosis der Thymus allgemeine Abmagerung vergesellschaften. Es ist aber, besonders in Hospitalpraxis, schwer, vorher bestehende Ernährungsanomalien auszuschließen. Vergrößerung der Thymusdrüse und anderer lymphatischer Gebilde kann als das Resultat akuter toxischer Absorption (z. B. bei Diphtherie) oder einer mehr chronischen Veränderung (wie bei dem Status lymphaticus) vorkommen. In diesen vergrößerten Thymusdrüsen sind eosinophile Zellen zahlreich, doch bei den einzelnen Krankheitsklassen nicht von besonderen Typen. Zuweilen, besonders bei Tuberkulose, scheinen an Stelle der eosinophilen Zellen solche mit basophilen oder neutrophilen Granulationen mehr vorzukommen. Bei angeborenen Herzfehlern werden eosinophile Zellen nicht in der Thymus gefunden. In den Hassall'schen Körperchen kommt sehr häufig reine hyaline Degeneration vor; fettige Zelldegeneration ist ebenfalls häufig, sie scheint mehr in der Peripherie der Lobuli vorzukommen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

9) **A. Stieda.** Über umschriebene Knochenverdichtungen im Bereiche der Substantia spongiosa im Röntgenbilde.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 700.)

Verf. weist auf umschriebene Knochenschatten hin, die sich in Röntgenbildern von kurzen Knochen und von den Epiphysen der Röhrenknochen im Bereiche der Substantia spongiosa nicht selten finden. Durch Untersuchung einer Anzahl von mazerierten Knochen konnte er nachweisen, daß es sich dabei nicht um pathologische Gebilde, sondern um Knochenverdichtungen, »kompakte Knochenkerne«, handelt, die in sonst völlig normalen Knochen vorkommen.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

10) **A. Stieda.** Über den Albers'schen Beckenfleck im Röntgenbilde.

(Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. XLV. p. 704.)

Verf. konnte nachweisen, daß der von Albers-Schönberg beschriebene Beckenfleck bestimmte Beziehungen zur Spina ischiadica besitzt, indem er stets in einer idealen Fortsetzung des Sitzbeinstachels liegt. Es handelt sich dabei um Verdichtungen, bzw. knopfartige Verdickungen im Bereiche der Spina ischiadica.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

11) **M. Biagi.** Dell' influenza del taglio dei nervi nella guarigione delle fratture.

(Policlinico 1905. Nr. 8. Ser. chir.)

B. durchschnitt bei Kaninchen den Ischiadicus und machte dann eine Unterschenkelfraktur, welche mit sorgfältigen immobilisierenden Verbänden behandelt wurde. Während bei Kontrolltieren ohne Nervendurchschneidung stets gute Konsolidation auftrat, fand sich bei den anderen Tieren folgendes: 1) blieb die Wiederherstellung der Knochenkontinuität aus. 2) Es bildete sich an der Bruchstelle eine reichliche Wucherung fibrösen Gewebes, während längs der Stümpfe Knochen teils direkt, teils nach einem knorpeligen Stadium angelegt wurde. 3) Vom 60. Tage traten Resorptionsprozesse auf, durch welche der Callus in Bindegewebe verwandelt wurde.

Die Resultate stehen im Widerspruche mit denen vieler Autoren. Um dem Einwande zu begegnen, welchen Muscatello der angewandten Methode macht, nämlich daß eine genaue Adaptierung und Fixierung der Knochenenden nicht möglich sei, wiederholte B. seine Experimente an Gänsen (Flügel), die in einem engen Kasten gehalten wurden, und an Murmeltieren während des Winterschlafes. An Flügelknochen, deren Nerven intakt waren, wurde stets knöcherne Frakturheilung beobachtet. Nach Durchschneidung der Nerven fand sich an drei Experimenten trotz reichlicher Callusbildung längs der Stümpfe keine Vereinigung derselben, vielmehr eine bindegewebige Produktion ausgehend von Periost mit Neigung zu Sklerose; in einem Versuche fand sich Verknöcherung, aber verlangsamt. Die Verschiedenheit von den Ergebnissen anderer Autoren beruht wohl auf Verschiedenheit im Alter und besonderer Gewebseigenschaften ihrer Tiere; die Nerven haben also unbestrittenen Einfluß. Bei Nervendurchschneidung müssen wohl geringe örtliche Ursachen, Verschiebung der Knochen oder dgl. genügen, um die Vereinigung zu verhindern; die Knochenproduktion längs der Stümpfe zeigt, daß die Callusbildung nicht fehlt, und mag sie in manchen Fällen eben schließlich doch zum Ziele führen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

12) **Whitmann.** The treatment of congenital and acquired luxations at the shoulder in childhood.

(Annals of surgery 1905. July.)

Angeborene Schultergelenksverrenkungen sind verhältnismäßig selten. Als Ursachen kommen in Betracht 1) wahre angeborene Verrenkungen, 2) Verrenkungen, welche direkt durch Gewalteinwirkung während der Geburt hervorgerufen wurden, 3) erworbene Verrenkung infolge Lähmung des Plexus brachialis. Die letztere ist die bei weitem am häufigsten vorkommende Form. Hierbei handelt es sich zunächst um eine Lähmung des M. biceps, deltoideus und der Supinatoren des Vorderarmes; der Arm hängt dabei schlaff mit Innenrotation und Pronation. Durch die nachfolgende Kontraktion und Retraktion

der Gewebe und Muskeln wird der Arm in die subluxierte Stellung gedrängt; der Kopf steht nach hinten und unten von seiner normalen Stellung. Wenn die Lähmung sich nach mehreren Monaten verliert, so bleibt doch die pathologische Haltung und Stellung des Armes. Bei der in Narkose vorzunehmenden Einrenkung (Zug nach aufwärts und rückwärts, Abduktion, Adduktion) muß mit großer Sorgfalt vorgegangen werden, weil sonst leicht ein Bruch eintreten kann. Der Arm wird dann in überkorrigierter Außenrotation eingegipst, wobei die Hand in extremster Supination steht. Nach Abnahme des Gipsverbandes muß eine sehr sorgfältige Nachbehandlung einsetzen.

Herhold (Altona).

---

13) **A. Taylor.** Causes underlying prolonged loss of function in certain injuries about the shoulder-joint.

(Med. news 1905. June 3.)

Es sind Schulterkontusionen damit gemeint, welche durch Fall auf die Schulter mit gleichzeitigem Abduzieren des Kopfes sich ereignen. Das gemeinsame besteht in einer Schädigung bzw. Zerreißung der Plexus brachialis-Fasern, welche auf dieselbe Art wie bei den Plexuslähmungen der Neugeborenen vor sich geht.

Die Prognose ist nicht sehr günstig.

Die Behandlung besteht in Immobilisation, Massage, Elektrizität und operativem Eingriff.

In einem Falle von Plexuslähmung war derselbe vollständig durchgerissen.

Hofmann (Karlsruhe).

---

14) **A. Broca.** Über die Fraktur der oberen Portion des Humerus.

(Med. Klinik 1905. Nr. 29.)

Klinischer Vortrag, anschließend an einen einschlägigen Fall bei einem 10jährigen Mädchen. Im Gegensatz zur Lucas-Championnière'schen lediglich funktionellen Frakturbehandlung wird ein Verfahren empfohlen, das zu gleicher Zeit einen geraden Knochen und ein frei bewegliches Gelenk gewährleistet, nämlich Extension und innige Vereinigung der Bruchstücke durch Druck unter Narkose, Feststellung des Armes in Gipsverband für 15 Tage, darnach Massage usw. Die manuelle Wiedereinrichtung in Narkose ist das Verfahren des praktischen Arztes; der Spezialist kann auch Apparate verwenden, den von Hennequin oder noch besser den von Delbet-Heitz. Während der Nachbehandlung ist Vorsicht vor erneuten Brüchen an der geschwächten Stelle vonnöten. Durch solche können sehr erhebliche Calluswucherungen entstehen und zur Annahme einer bösartigen Neubildung führen, was ein lehrreiches Beispiel erläutert.

G. Schmidt (Berlin).



15) **R. Wolff.** Einige weitere anatomische Präparate von Frakturen des Os naviculare der Handwurzel.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 3.)

W. fügt zu den früheren Beschreibungen anatomischer Präparate von Navicularfrakturen der Handwurzel fünf neue aus dem ersten anatomischen Institut in Berlin. Aus dem Studium derselben zieht er eine Reihe wichtiger Schlüsse. Die Frakturen des Os naviculare sind danach stets Verletzungen des proximalen, am Radius artikulierenden Gelenkkopfes. Sie liegen im wesentlichen quer und senkrecht oder nur mäßig schräg von dorsal proximal nach volar distal im Verhältnis zur Längsachse des Naviculare. Die Gelenkfläche zum Kopfbein wird von dem Bruche meist halbiert. Die Lunatumfläche und die distalen Gelenkflächen mit der Tuberositas bleiben bei den einfachen Frakturen in der Regel unverletzt. Die Bänder, welche das Kahnbein im Handgelenke befestigen, waren bei den Frakturen erhalten bis auf einen Fall von Zerreißung der Ligamente zwischen Naviculare und Lunatum mit gleichzeitiger Dislokation des ulnaren Fragmentes nach dorsal und einen anderen, wo sie partiell in der dorsalen Hälfte zerrissen waren. Das am meisten exponierte Band auf der Dorsalfläche war an der Bruchstelle nie zerrissen. Der Bruchspalt muß volar ulnar, volar und radial breit klaffen bei jeder Bewegung nach radial, dorsal und ulnar. Fest aneinander liegen die Bruchstücke nur bei Volarflexion im Handgelenke. In der Regel bleibt deren knöcherne Vereinigung aus, und es tritt vielfach eine Pseudarthrosenbildung zwischen den Bruchstücken ein, die oft Veränderungen atrophischer Art aufweisen. Was die verschiedenen Formen der isolierten Kahnbeinfraktur anlangt, so wurden angetroffen Fissuren, bewegliche und eingekeilte Frakturen und Komminutivfrakturen. Auch experimentelle Studien über die Entstehung dieser Brüche hat Verf. angestellt und kommt zu dem Schluß, daß die verschiedenartigen Mechanismen, welche diese Frakturen herbeiführen, in der Weise, wie sie experimentell hergestellt wurden, mit den Eigentümlichkeiten der bearbeiteten anatomischen Präparate übereinstimmten. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

16) **Beck.** Über die Metakarpalfissur, einen bis dato nicht beschriebenen Typus der Verletzung der Mittelhandknochen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Mittels der Röntgenstrahlen ist es B. gelungen, das alte Dogma, daß die Dislokationsstellung der Bruchstücke beim Metakarpalbruch nur dorsaler oder palmarer Natur sei, zu erschüttern. Die rein laterale bzw. dorsolaterale Verschiebung überwiegt bedeutend. Für solche Fälle empfiehlt Verf. seinen »Gummirohrschienenverband«. Öfters konnte nun B. seit Einführung des Blendenverfahrens teils Quer-, teils Längsfissuren oberhalb der Epiphyse der Metakarpalknochen nachweisen. Die Behandlung hat sich in solchen Fällen natürlich mit

einem schützenden Verband für 2—3 Wochen zu begnügen, da jeder gröbere Eingriff, auch die Massage, schädlich wirken könnte.

Gaugele (Zwickau).

---

17) **W. Simon.** Über die Luxatio femoris centralis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 555.)

Auf Grund zahlreicher Fälle aus der Literatur und eines eigenen Falles bekämpft S. das Dogma, daß die Luxatio femoris centralis zu den isolierten Pfannenbrüchen gehöre und weist nach, daß in der Regel anderweitige Beckenbrüche sich damit verbinden. Demnach hält er auch den allgemein angenommenen Frakturmechanismus, wonach »eine große Gewalt am Trochanter major oder am abduzierten Bein angreifend sich durch Schenkelhals und -kopf fortsetzend die Pfanne zersprengt und den Kopf zwischen den Fragmenten hindurch in die Beckenhöhle hineintreibt«, nicht für einwandsfrei. Er spricht sich überhaupt gegen eine Sonderstellung der Luxatio centralis aus und betrachtet sie als eine Teilerscheinung der verschiedensten Beckenbrüche, zu denen sich das Hindurchtreten des Schenkelkopfes durch die Pfanne als sekundäre Komplikation hinzugesellt.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

18) **K. Vogel.** Zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der Luxatio coxae congenita.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Verf. hat nachträglich durch Versendung von Fragebogen sich anamnestische Daten hinsichtlich der Ätiologie über das Krankenmaterial verschafft, das er in seiner bekannten Arbeit über die angeborene Hüftverrenkung veröffentlicht hat. In 30% der Antworten wurde die Frage der Erblichkeit bejaht. 25% der Pat. waren in Steißlage geboren; annähernd die Hälfte der Kinder hatten keine normale Geburt. Geringe Fruchtwassermengen sind in 34% der Antworten notiert. In 20 Fällen (von ca. 200) haben die Eltern nach der Geburt Bewegungsstörungen des verrenkten Beinchens bemerkt. Abnorme Stellung wurde noch häufiger beobachtet, und zwar Außenrotation in 64%, Einwärtsrotation in 17,5%, Adduktion und Flexion in 7% der Fälle. Auf Grund der Zusammenstellung aller gelieferten Notizen prüft nun Verf. die einzelnen Theorien über die Ätiologie der Verrenkung, speziell über die primäre und sekundäre Stellung des Schenkelkopfes und das Zustandekommen der Anteversion des Schenkelhalses.

Intra-uterin erfolgt die Verrenkung primär nach hinten; die später nachweisbare Kopfeinstellung oben außen ist sekundär. Ist dagegen die Verrenkung in der Gebärmutter zwar vorbereitet, vollendet sich aber erst im postuterinen Leben, so tritt der Kopf sofort nach oben. Die Richtung der primären Verrenkung ist also verschieden, je nachdem sie bei flektierter oder bei extendierter Beinstellung entsteht. Die Verrenkung im Uterus entsteht ebenso wie die

Anteversion durch gleichmäßigen Druck, nicht durch Abhebung des Kopfes von der Pfanne.

Als Ursache der Verrenkung selbst nimmt Verf. für viele Fälle intra-uterine Raumbeschränkung an, glaubt aber, daß diese allein nicht genügt, ein normal angelegtes Gelenk zu verrenken. Als einziges die spätere Verrenkung ermöglichendes Moment muß das Vitium primae formationis v. Ammon's angenommen werden. Die anderen Faktoren, Stellung der Extremitäten und Druck der Uteruswand bei Fruchtwassermangel, sind nach V. nur Begleitmomente, welche die vorbereitete Verrenkung erst zustande bringen. Das Wesen der Entwicklungsstörung beruht, wie V. annimmt, in einer Störung in der Verteilung des Blastems, aus dem sich Becken und Oberschenkelkopf entwickeln. Das primäre Moment hierbei ist die Hyperplasie des Pfannenbodens, welche die Disposition zur Verrenkung schafft. Verf. empfiehlt zum Schluß röntgographische Aufnahmen von Neugeborenen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

19) **H. Ito** und **S. Asahara.** Beitrag zur Frage über die operative Behandlung der intrakapsulären Schenkelhalsfrakturen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 121.)

Die Verff. treten energisch für die Exzision des Schenkelkopfes bei intrakapsulärem Schenkelhalsbruch (Fractura subcapitalis Kocher) ein, die sie selbst in der japanischen Universitätsklinik bei sieben Fällen während der drei letzten Jahre ausgeführt haben. Von den Kranken ging ein 67jähriger Mann bald nach der Operation an Lungenödem und hypostatischer Pneumonie zugrunde, die übrigen machten eine aseptische Heilung des Resektionsschnittes durch und erlangten bei mehr oder weniger starker Verkürzung des Beines eine leidliche Gehfähigkeit, zurzeit der Entlassung aus dem Spitale freilich noch nur an Krücken.

Verff. berücksichtigen die Literatur namentlich auch hinsichts der Vernagelungs- bzw. Verschraubungsmethode für die operative Behandlung der fraglichen Frakturen. Wenn sie deren Zuverlässigkeit mißtrauen und der radikaleren Kopfresektion den Vorzug geben, stützen sie sich auf eine Reihe Tierexperimente. Bei letzteren wurden Hunden nach Eröffnung der Hüftgelenkskapsel Schenkelhalsbrüche beigebracht, sowohl inkomplette wie komplette und die Brüche teils sich selbst überlassen, teils mit Drahtnaht vereinigt. Nur die unkompletten Frakturen zeigten Aussicht zur Heilung, während die kompletten, und zwar auch die der Knochennaht unterzogenen, in weitaus der Mehrzahl der Fälle unkonsolidiert blieben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

20) **v. Mosetig-Moorhof.** Über Radikaloperation bei tuberkulöser Koxitis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

Um einen möglichst breiten Zugang zum Gelenk zu schaffen, klappt v. M. einen zollbreit unterhalb des Trochanter major zungenförmig endenden Lappen auf mit breiter oberer Basis, dessen Ränder — nach oben divergierend — parallel mit der Faserung des Glutaeus max. verlaufen. Absägung des Trochanter major in schräger Richtung nach oben innen. Nach Spaltung der Kapsel eventuelle Luxation des Kopfes und Nachsuchen nach Herden, je nach Bedarf mit Entfernung von Kopf und Hals und plombieren von im Femurschaft (Regio intertrochanterica) noch gefundenen Heerden. Dann sorgfältige Exstirpation der gesamten Kapsel in minutiösester Weise und Schonung der queren Beckenmuskeln. Dann Revision und Ausräumung der Pfanne, wenn nötig bis zur Fascia pelvis. War der Kopf mit der Pfanne ankylotisch verwachsen, so wird nach Eröffnung der Kapsel der Hals durchsägt und erst zum Schluß der Kopf mit Halsteil und Pfanne entfernt.

Ausgießen der Pfannenhöhle nach Ausspülen mit 1 %iger Formalinlösung und genauer Trocknung mit M.'scher Plombe und Einpflanzen von Kopf- bzw. Halsrest in die langsam erstarrende Masse. Naht der temporär resezierten Trochanterenden.

In drei Fällen, in denen zum Schluß der Operation Kopf und Hals fehlten, hat v. M. wiederum nach Plombierung der Pfannenhöhle in Parallelstellung verbunden, d. h. ohne den Schaft in die Pfannenhöhle zu implantieren. Der Erfolg war ein sehr guter. Verkürzung nur $2^1/_2$—3 cm (annähernd wie vor der Operation). Straffe Pseudarthrose, die den Pat. auch das Sitzen gestattete und trotzdem die Festigkeit des Beines beim Stehen und Gehen nicht beeinträchtigte. v. M. führt dies Ausbleiben jeder nennenswerten proximalen nachträglichen Verschiebung auf die Erhaltung der queren Beckenmuskulatur zurück.

Hübener (Dresden).

---

21) **A. Lorenz** und **M. Reiner.** Hüftgelenksresektion mit totaler Kapselexstirpation, nebst Bemerkungen über die Totalexstirpation des tuberkulösen Hüftgelenkes.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

Die Methode, deren Einzelheiten im Originale des näheren zu ersehen sind, beruht in kürze auf folgendem:

Von zwei Schnitten aus — einem vorderen, am medialen Rande des Tensor fasciae latae, einem hinteren, dem alten Langenbeck'schen Resektionsschnitt entsprechend — wird die Kapsel vorerst von allen Weichteilen der Umgebung vollständig losgelöst, und zwar derart, daß sich die Lösung auf den ganzen Zylindermantel der Kapsel erstreckt, von seinem ringförmigen Ansatz am Pfannenrand bis zur Insertion an der Wurzel des Halses. Dann erfolgt die Abtragung der Kapsel-

insertion am Pfannenrande, wobei der Limbus cartilagineus am Kapselschlauch verbleibt und mit demselben entfernt wird. In gleich genauer Weise Abtrennnung an der Wurzel des Halses. Nun nach Luxation des Kopfes durch starke Innenrotation, kann die lose Hülle, eventuell nach Inzision der Kapselenge, bei noch völlig erhaltenem Kopf abgestreift werden. Danach Revision von Kopf, Hals und Pfannengrund.

Ist jedoch die Konsumption schon soweit vorgeschritten, daß der größere Teil des Halses bereits verloren gegangen ist, so kann man eventuell nach weiterer Bloßlegung des Operationsfeldes durch Hochschlagen des durch die Verbindung beider Schnitte und Ablösung aller Sehneninsertionen vom Trochanter major entstandenen Lappens — wobei der Trochanter major selbst in Verbindung mit dem Femur bleibt —, dieses durch eine von der Spitze des großen zu jener des kleinen Trochanter reichende Osteotomia obliqua vom Hüftgelenk abtrennen. Sodann wird mit breitem Hohlmeißel das ganze Gelenk in toto exstirpiert, so daß nur ein kleines Stückchen des tiefstgelegenen Pfannenbodens zurückbleibt. Hierbei ist indessen das Gelenk noch nirgends eröffnet worden, wie es oben beschrieben wurde. Die Meißelflächen des Pfannenortes und jene der Osteotomia obliqua werden zur flächenhaften Berührung gebracht zur Herstellung einer knöchernen Vereinigung.

Hübener (Dresden).

---

22) **S. de Zouche-Marshall.** Suggestions for first-aid treatment of fractured thigh in military or civil practice.

(Brit. med. journ. 1905. August 19.)

Verf. empfiehlt als erste Hilfe und Transportmittel bei Oberschenkelbrüchen eine einfache Vorrichtung an der Tragbahre, die es gestattet, den Verletzten mit geringer Schmerzzufügung unter dauernder Extension auch auf hügeligem Gelände weite Strecken fortzuschaffen. Eine breite Binde wird am oberen Handgriffe der Trage befestigt, läuft über die linke Schulter des auf der Trage liegenden Verletzten bis zum Damme, wird von hier hinter den Rumpf geführt und läuft unter der rechten Schulter zum anderen oberen Handgriffe der Trage, wird hier einfach geknotet und läuft nun über der rechten Schulter, um den Damm unter der linken Schulter zum ersten Handgriffe zurück. Gegen den so fixierten Körper des Verletzten wird die gebrochene Extremität mit einfacher Spica ums Fußgelenk extendiert durch Befestigung an einer quer zwischen beiden unteren Handgriffen der Trage straff ausgespannten Binde. — Zwei Zeichnungen veranschaulichen die Vorrichtung.

W. Weber (Dresden).

---

23) **Flint.** Contusion and laceration of the mucous and alar ligaments and synovial fringes of the knee-joint.

(Annals of surgery 1905. September.)

Im Kniegelenk setzt sich die Spitze des dreieckigen Lig. mucosum in der Incisura intercondyl. des Oberschenkels an, zwei seitliche Falten

desselben, welche nach aufwärts zum seitlichen Rande der Kniescheibe gehen, sind die Lig. alaria. Eigentliche Ligamente sind die eben genannten Bänder nicht, sondern nur mit Fett angefüllte Synovialfalten. Bei Traumen werden diese Ligamente nicht selten betroffen, wodurch sie einreißen und zerfasern und wodurch ihre Fettzotten wuchern und mehr oder weniger lang ins Gelenk ragen. Durch diese Verletzungen entstehen die chronischen Kniegelenksentzündungen, welche zu rezidivierenden Ergüssen, Schlaffheit der Kapsel und Schwäche führen. Eine Abhilfe ist nur zu schaffen durch eine bogenförmige Eröffnung des Gelenkes an der inneren Seite und Abtragen des Ligaments oder der Zotten.

Vier derartige Fälle chronischer Entzündung, welche mit Erfolg operiert wurden, sind in der Arbeit beschrieben. **Herhold** (Altona).

---

24) **Auroletti.** Il tricipite surale nei trapianti tendinei.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 3.)

Die Verwendung des Triceps surae zu Sehnenverpflanzungen soll Rücksicht nehmen auf seine anatomische Struktur. Der Gastrocnemius läßt sich leicht der Länge nach in zwei Muskeln teilen, die völlig von einander unabhängig sind, indem seine Köpfe mit parallelen Längsfasern abwärts sich in eine Sehne fortsetzen, die leicht in der Mitte geteit werden kann. Der Soleus, ein gefiederter Muskel, läßt sich wieder von ihm abtrennen, selbst aber auch, wenn auch nicht so hoch herauf, wie der Gastrocnemius in zwei Portionen schneiden, einen tibialen und einen peronealen. Er eignet sich am besten zum Ersatz von Muskeln, die wie er mehr Kraft entwickeln als sehr starke Bewegungsexkursion hervorrufen, also den ihm auch zunächst liegenden tiefen Wadenmuskeln oder den Peroneen, der Gastrocnemius zum Ersatz der dorsalen Extensoren.

Der Schnitt zur Freilegung geht über die ganze Länge der Wade. Man trennt die Muskeln zuerst da, wo ihre Sehnen noch nicht begonnen haben, sodann letztere von der lateralen Seite aus, da medial da, wo der Plantaris sich anlegt, sie stärker verschmolzen sind. Abwärts geht man dann bis zum zylindrischen Teile der Achillessehne, dann wird das notwendige Stück der gewählten Muskeln abgeschnitten und verpflanzt. Das tiefe Blatt der Wadenfascie soll zwischen den abgetrennten Teil und den übrig bleibenden eingeschlagen und vernäht werden, um ein Wiederverwachsen zu verhüten und dem abgetrennten Teil eine größere Selbständigkeit zu bewahren. Der Vorteil vor den bisherigen Lappenmethoden besteht darin, daß man so wirklich selbständig funktionierende Muskelteile überpflanzt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

25) **M. Hofmann.** Ursachen und Bedeutung der Stellung des Fußes in Pro- oder Supination bei fungöser Erkrankung des unteren Sprunggelenkes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 575.)

H. untersuchte an 14 Fällen die Beziehungen der Stellungsanomalien des Fußes zu der Ausbreitung des fungösen Prozesses im unteren Sprunggelenk. Er fand dabei ganz konstante Beziehungen derart, daß bei vorwiegender Beteiligung der Articulatio talonavicularis der Fuß in Pronation und Abduktion, bei vorwiegender Beteiligung der Articulatio talocalcanea aber in Supination und Adduktion stand. Dieselben Stellungen erhielt er, wenn er mit einer erstarrenden Injektionsmasse diese beiden Teile des unteren Sprunggelenkes isoliert injizierte. Die Bonnet'sche Regel, daß bei maximaler Füllung eines Gelenkes dieses eine charakterische »Parallellage zur Mittellage« einnimmt, fand also auch an den untersuchten Gelenken ihre Bestätigung. Die Befunde sind so konstant, daß man die Stellungsanomalien für die Lokaldiagnose des tuberkulösen Prozesses verwerten kann.

M. v. Brunn (Tübingen).

Kleinere Mitteilungen.

26) **Mc Connell.** A case of tumor of the left first and second frontal convolutions with motor agraphia as its chief localizing symptom; successful removal of the tumor.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1905. Juli—August.)

Motorische Agraphie als einzelnes und hervortretendes Symptom einer Hirnschädigung ist so selten, daß die Ansichten über das Vorhandensein und die Lage eines Schreibzentrums an der Hirnrinde bisher stark auseinandergehen. Der hier mitgeteilte Fall einer operativ entfernten Geschwulst der linken Stirnwindungen mit motorischer Agraphie als hauptsächlichem lokalisierendem Symptom zeigt jedoch, daß die motorische Agraphie ein Symptom von lokalisierendem Wert ist und bei rechtshändigen Menschen auf eine Hirnschädigung hinweist, welche auf den Fuß der linken zweiten Stirnwindung beschränkt ist.

Der 28jährige Pat. litt seit etwa 5 Jahren an zeitweiligen epileptiformen Anfällen, welche in letzter Zeit sehr häufig wurden und hauptsächlich die Muskulatur der rechten Gesichtshälfte betrafen. Hier fand sich auch leichte Parese; außerdem bestanden Sprachstörungen, welche wohl eher auf einer Parese der Artikulations- und Phonationsmuskeln, als auf Aphasie infolge von Schädigung der Broca'schen Rindenzone beruhten. Das hervortretendste Symptom war jedoch die Unmöglichkeit, spontan oder nach Diktat richtig zu schreiben, während einfaches Kopieren eines Schriftstückes gut gelang. Seit einem Jahre bestand auch Reizbarkeit und Gedächtnisschwäche. Die Operation ergab eine subdurale, oberflächliche Geschwulst, welche den Fuß der zweiten linken Stirnwindung bedeckte und etwas auf die erste und dritte Stirnwindung und den vorderen Rand der Präzentralwindung übergriff. Vollständige Entfernung der Geschwulst, deren Natur nicht angegeben wird. Die Sprachstörungen besserten sich unmittelbar darauf, die Agraphie erst allmählicher, jedoch fast vollständig, so daß Pat. 3 Wochen nach der Operation einen fast normalen Brief schreiben konnte. **Mohr** (Bielefeld).

27) **F. Furet.** Traitement chirurgical de la paralysie faciale.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 32.)

Seitdem Ballance im Jahre 1895 und Faure 1898 zum erstenmal die genannte Operation ausgeführt, sind im ganzen 25 Fälle publiziert worden. In einem sich durch wohltuende Kürze auszeichnenden Artikel bespricht Verf. die hieraus resultierenden Erfahrungen. Siebenmal wurde der Hypoglossus, in den übrigen Fällen der Accessorius gewählt. In sechs Fällen war der Eingriff ohne Erfolg, dabei darf aber nicht außeracht gelassen werden, daß die Symmetrie des Gesichts nur im Ruhezustande wieder hergestellt ist, da doch eine Unterbrechung der Leitung zwischen den betreffenden Zentren fortbesteht. Bei der Accessoriusanastomose erfolgen sogar, besonders anfangs, recht ungraziöse Mitbewegungen der Schulter, die sich durch Selbsterziehung einigermaßen vermindern lassen. Schon aus diesem Grunde gibt Verf. dem Hypoglossus den Vorzug; dazu kommt noch die Möglichkeit einer Trapeziusatrophie. Um eine Hemiatrophie der Zunge zu vermeiden, empfiehlt er, im Hypoglossus ein Knopfloch anzulegen und in demselben den Facialis zu befestigen. Endlich darf man nicht übersehen, daß die Kerne des Facialis und Hypoglossus einander wesentlich näher liegen. Die ersten Wirkungen der Operation zeigen sich in der Regel nach 6 Monaten. Manchmal war sogar ein willkürlicher Lidschluß ermöglicht. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

28) **Barrie.** Dentigerous cyst of the lower law.

(Annals of surgery 1905. September.)

Die Zahncyste, welche durch Resektion des Unterkiefers entfernt wurde, erstreckte sich vom vorderen Rande des rechten Masseter bis zum linken Kieferwinkel und bildete eine mit Epithelium adamantineum ausgekleidete Knochenhöhle des Unterkiefers. Auf die mit Zähnen versehenen seitlichen Kieferstümpfe wurde je eine Goldkrone gesetzt und beide durch Platindrähte verbunden. Diese temporäre Drahtprothese wurde später durch Kautschukprothese ersetzt. Verf. weist auf die Seltenheit dieser bilateralen zu den Cystadenomata zählende Cyste hin.

Herhold (Altona).

29) **Müller.** Lesions de la langue par explosion d'une étoupille tenue entre les dents.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 9.)

Ein Kanonier steckte eine Schlagröhre, wie sie zum Abfeuern des Geschützes gebraucht wird, so in den Mund, daß die Zündschnur nach außen hing, dann brachte er die Schlagröhre durch Ziehen am Faden zur Explosion. Die Folge war eine starke Blutung aus dem Munde und zwei quere, ziemlich tiefe Risse in der Zungenmuskulatur. Die Blutung wurde durch Waschen mit heißer 10%iger Antipyrinlösung zum Stehen gebracht, die Wunden heilten unter antiseptischen Ausspülungen des Mundes innerhalb 22 Tagen. Das Sprechen, das anfangs ganz unmöglich war, kehrte nach Ablauf der Heilung in normaler Weise wieder.

Herhold (Altona).

30) **F. Ivens.** A case of primary tuberculosis of the pharyngeal tonsil associated with tuberculous cervical glands.

(Lancet 1905. September 16.)

Verf. untersuchte 35 Fälle von adenoiden Vegetationen des Nasenrachens, bei denen in nahezu allen gleichzeitige cervicale Drüsenvergrößerung bestand. In einem Falle fand er Tuberkulose in den Geweben der Rachentonsille. Verf. hält trotzdem diese Rachentonsille in überaus vielen Fällen von Cervicaldrüsentuberkulose für ätiologisch verantwortlich. In allen Fällen von cervicaler Drüsentuberkulose ist daher nach einer Erkrankung gleicher Art bei der Rachentonsille zu fahnden.

Die internationale Literatur über den Punkt ist entsprechend zitiert.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

31) **J. Poult.** Ein Teratom der Thyreoidea, Beitrag zur Geschwulstlehre.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXI. p. 101.)

Die Geschwulst stammte von einem 2 Monate alten Kinde, war bei der Geburt bereits vorhanden und hatte sich langsam bis zur Größe eines kleinen Apfels entwickelt. Sie wurde operativ entfernt; ihr Sitz war am vorderen Rande des Kopfnickers etwas unterhalb des linken Kieferwinkels. Die sehr sorgfältige histologische Untersuchung — Details müssen im Original nachgelesen werden — ergab, daß die Geschwulst zum größten Teile aus embryonalem Nervensystem bestand; daneben finden sich Teile von der Pigmentschicht der Retina, ferner Bindegewebe, Fettgewebe, hyaliner Knorpel mit Knochen, quergestreifte Muskulatur und epitheliale Elemente, wie Drüsen, Cysten, solide Haufen von Epithelzellen und kleine Läppchen von Talgdrüsen. Für die Entstehung der Geschwulst wird, besonders mit Rücksicht auf die Art seines Wachstums, eine Inclusio foetus in foetu angenommen. **Doering** (Göttingen).

32) **T. Grünenwald.** Über Struma intratrachealis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 711.)

Bei einer 36jährigen Frau waren die seit $2^1/_2$ Jahren bestehenden Atembeschwerden bedingt durch eine intratracheale kirschgroße Geschwulst, die an der Hinterfläche der Luftröhre saß. Sie wurde exstirpiert und erwies sich als Kolloidkropf. Die Schilddrüse selbst war nicht vergrößert. Es ist die 15. derartige Beobachtung. **M. v. Brunn** (Tübingen).

33) **Machado** (Lissabon). L'état actuel de la roentgenologie dans l'étude du myxoedème.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 1.)

Hofmeister war der erste, der das Knochenwachstum des Kretins mittels der Röntgenstrahlen prüfte. Nach ihm veröffentlichten noch verschiedene andere ihre mit den Röntgenstrahlen an Kretins gemachten Erfahrungen, so Lange, Gasne, Londe, Allard, Hertoghe. Alle berichten, daß die Ossifikation nicht die normale Entwicklung aufwies; einige konnten durch das Röntgenbild bei Thyroidingebrauch eine Besserung konstatieren. Verf. beschreibt dann einen Fall von Kretinismus bei einem 19 Jahre alten Knaben, von 88 cm Länge und 51 cm Kopfumfang; die große Fontanelle des Schädels war noch nicht verknöchert; die Zähne mangelhaft, Stumpfnase; die Schilddrüse fehlte vollkommen; die Intelligenz war beinahe gleich Null. Das beigefügte Röntgenbild des Vorderarmes zeigt, daß die Ossifikation noch nicht vollendet ist; so sind von den Handwurzelknochen nur drei Knochenkerne sichtbar. **Gaugele** (Zwickau).

34) **P. Daser.** Über einen Fall von Osteitis deformans (Paget). (Aus der chirurgischen Abteilung des Deutschen Hospitals in London. Dr. zum Busch.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 34.)

Bei einer 50jährigen Frau entwickelten sich bald nach der Geburt des 6. Kindes vor 16 Jahren unter Schmerzen fortschreitende Verkrümmungen der Knochen der Oberschenkel und Wirbelsäule, so daß die Körperlänge der Pat. beträchtlich abnahm. Die Knochen der Schädelkapsel, des rechten Oberschenkels verdickten sich, waren sehr druckempfindlich; die Beine überkreuzten sich unterhalb der Kniegelenke, so daß die Kranke kaum stehen und gar nicht gehen konnte. Die Röntgenuntersuchung zeigte deutlich die regressiven und progressiven Veränderungen an den Oberschenkelknochen: starke Verdickung der Corticalis auf Kosten der stark verengten Markhöhle bei Schwanken des Kalkgehaltes der einzelnen Knochenpartien (helle und dunkle Stellen im Bilde). Da Geschwulstbildung auszuschließen war, mußte der Fall als Osteitis deformans (Paget) angesprochen werden. **Kramer** (Glogau).

35) **H. G. Barling.** Aneurysmal dilatation of the right subclavian artery, the innominate and the first part of the common carotid.

(Lancet 1904. September 16.)

Verf. wollte bei seiner 45jährigen Pat. mit obigem Leiden die proximale Unterbindung der zuführenden Gefäße machen. Die Gefäßerweiterung setzte sich jedoch zu weit zentralwärts fort. So machte er denn notgedrungen die distale Unterbindung der ersten Portion der Axillararterie und der Mitte der Carotis communis. Er erzielte dadurch eine Obliteration der Subclavia und ein ausgezeichnetes Resultat. Er empfiehlt für ähnliche Fälle die Nachahmung seines Verfahrens.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

36) **E. Burci** (Florenz). Delle operazioni economiche nella cura dei tumori maligni della scapola.

(Clinica chirurgica Bd. XI. Nr. 1.)

B. betont den konservativen Zug auf manchen Gebieten der operativen Chirurgie, so, wenn es sich darum handelt, bösartige Geschwülste vom Knochensystem zu entfernen. Gerade die Deutschen stehen da im Gegensatz zu Ollier, welcher »die konservativste Chirurgie jene, welche das meiste entfernt« nennt.

B. hat insbesondere neun Fälle bösartiger Knochenneubildungen zu verzeichnen, bei welchen »operazioni economiche« ausgeführt wurden, will aber speziell nur eine Operation wegen eines Spindelzellensarkoms des rechten Schulterblattes besprechen. Es war ein 30jähriger Bäcker, welcher seit einigen Wochen Schmerzen im rechten Schulterblatt verspürte, wo sich eine kindskopfgroße, derbe Geschwulst am äußeren Rande, knapp über dem unteren Winkel vorfand. Die Muskeln über der Geschwulst schienen schlaff, doch bestand keine Störung der Armbewegungen. In der Achselhöhle einige tastbare Lymphdrüsen. B. nahm ein Spindelzellensarkom an, was eine Probeexzision bestätigte. Die Operation selbst führte er so aus, daß er die ganze Geschwulst samt der Pars infraspinata des Schulterblattes, den sich dort ansetzenden Muskeln und dem Achseldrüsenpaket entfernte. Die Heilung erfolgte ganz glatt in 32 Tagen. Nach einigen Wochen konnte Pat. bereits mit ausgestrecktem Arme 5 kg auf der Handfläche längere Zeit ohne besondere Anstrengung halten. Er nahm seine schwere Arbeit bald auf und ist seit 6 Jahren ganz gesund.

Die Geschwulst, von den Muskeln usw. befreit, wog 620 g, die Maße waren 10,5 : 13 : 10; eine fibröse dichte Hülle schloß eine harte, stellenweise ossifizierte Masse ein, welche alle Charaktere eines osteoiden Spindelzellensarkoms periostalen Ursprungs darbot.

B. konnte nur 52 einschlägige Fälle in der Literatur nachweisen, von denen gerade die Hälfte wirklich als mit konservativen Operationen (Partialresektionen des Schulterblattes) geheilt angeführt werden kann.

Jedenfalls bietet diese Operation gegenüber der totalen Resektion des Schulterblattes einen so wesentlichen Vorteil, daß jedesmal eine sorgfältige Überlegung am Platze ist: Die funktionellen Resultate sind unvergleichlich besser, wenn die Gelenkfläche erhalten werden kann.

J. Sternberg (Wien).

37) **Blecher.** Beitrag zur Behandlung der myelogenen Sarkome der langen Röhrenknochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 597.)

B. hat über den hier eingehender von ihm berichteten Fall (subperiostale Kontinuitätsresektion aus dem Humerus eines Kürassiers wegen Sarkom) in der Berliner Chirurgenvereinigung Vortrag gehalten, und verweisen wir auf das diesbezügliche, bereits p. 154, Jahrgang 1905, unseres Blattes erschienene Referat. Hervorzuheben sind die zwei der Arbeit beigegebenen Röntgenbilder, deren erstes den Arm vor der Operation mit dem Schattenumriß der Geschwulst, deren zweites denselben 4 Monate nach der Operation mit dem nach der Resektion regenerierten Knochen darstellt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

38) **E. H. van Lier.** Über Nervenkompression.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 711.)

Verf. beobachtete einen Fall von Medianusparalyse nach einem Stich in den Oberarm, der zu einem Aneurysma der Art. brachialis geführt hatte. Nach Exstirpation des Aneurysmas schwanden die nervösen Störungen nicht, besserten sich dagegen innerhalb 12 Tagen, als in einer zweiten Sitzung der von Bindegewebe durchwachsene Nerv freigelegt und mit reichlichen Längsinzisionen versehen worden war.

Durch Versuche am Nervus ischiadicus des Frosches erkannte Verf., daß bei Kompression eines Nerven dieser seine Kontinuität nicht einbüßt, daß aber das Axoplasma fortgedrückt und dadurch die Leitungsfähigkeit unterbrochen wird. Beim Nachlassen des Druckes strömt das Axoplasma zurück, wodurch die Leitungsfähigkeit wieder hergestellt wird. In derselben Weise erklärt Verf. auch die Heilung in seinem Falle, wie auch in allen übrigen, in denen sich auf einen operativen Eingriff auffallend schnell die Leitungsfähigkeit wieder herstellt, zu einer Zeit, zu der von einer Regeneration des Nerven noch keine Rede sein kann.

M. v. Brunn (Tübingen).

39) **J. Fessler.** Die Lagerung des Nervus radialis bei Oberarmbrüchen der Diaphyse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 60.)

Gestützt auf zwei eigene Beobachtungen stellt F. für die nach Oberarmbrüchen eintretenden Radialislähmungen die Theorie auf, daß das wesentliche bei dieser Erkrankung eine allmählich oder rasch einsetzende und dann fortdauernde Überdehnung des Nerven über die mehr oder minder dislozierten Knochenbruchstücke sei. In beiden F.'schen Fällen fand sich eine Vorragung des unteren Humerusbruchstückes nach außen. Der Nerv, gerade dort wo er sich spiralig um den Oberarmknochen schlingt, erschien durch diese Knochenvorragung deutlich überdehnt und war degeneriert, verdünnt, rotbraun aussehend. In beiden Fällen wurden die vorragenden Knochenspitzen abgetragen, in Fall 1 eine Anfrischung und Naht des Nerven gemacht, während bei Fall 2 der Nerv vorsichtig freigelegt und entspannt, sowie mit Muskelgewebe unterbettet wurde. In Fall 1 war nach einem Jahre wenigstens die Möglichkeit der Supination und etwas Extensionsfähigkeit im Handgelenke wiedergekehrt. Fall 2, bei dessen Nachbehandlung die Bruchstelle durch Schienung in eine etwas nach innen konvexe Stellung gebracht wurde (zur Entspannung des Nerven), gab ein ganz genügendes Endresultat. Einen sehr ähnlichen Fall von Czerny stellt F. den seinigen zur Seite. Die sonstige Literatur zur Sache wird gründlich herangezogen, und zum Schluß werden sämtliche wichtigen publizierten Fälle in Krankengeschichtsauszügen mitgeteilt. F. bedient sich dabei folgender von der anderer Autoren abweichenden Einteilung: 1) Sofort bzw. »primär« bei Oberarmfraktur eintretende Lähmungen (Interposition mit Verletzung bzw. Kompression des Nerven 18 Fälle). 2) Lähmungen der Zwischenstufe, d. h. solche, welche während der Frakturheilung bemerkbar wurden, 35 Fälle. 3) Sekundärlähmungen, die erst nach mehreren Wochen und Monaten nach der Frakturheilung bemerkt wurden, 12 Fälle. 4) Unbestimmte Fälle, 15.

Betreffs der Therapie legt F., entsprechend seiner Theorie, auf eine Frakturbehandlung Wert, welche jede Auswärtsbiegung der Bruchstelle vermeidet; eher soll vielmehr an der Bruchstelle ein nach innen vorspringender Winkel hergestellt werden, zur Vermeidung der Dehnung des Radialnerven. Besonders empfehlenswert ist die Extensionsbehandlung nach Bardenheuer. Liegen komplizierte Frakturen vor, so ist bei aseptischer Wunde eine vollkommene Nervenzertrennung natürlich primär zu nähen. Bei infektionsverdächtiger Wunde jedenfalls zunächst antiseptische Tamponade. Operative Revision und Versorgung des Nerven je nach dem sich bietenden Befunde ist bei jeder »in der Zwischenstufe« während der Frakturheilung eintretenden Lähmung erforderlich, und ist dann besonders die Nervenentspannung ins Auge zu fassen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

40) H. Lorenz. Zur Kenntnis der Fractura capituli humeri (eminentiae capitatae).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 531.)

Die Mitteilungen Kocher's über das typische Krankheitsbild der von ihm so benannten »Fractura capituli humeri« haben sich L. in zwei eigenen Beobachtungen in der Wiener Klinik von Hochenegg als völlig präzise zutreffend bewährt. Es handelt sich dabei um eine Abschälung des Knorpelüberzuges des Capitulum humeri von seiner knöchernen Unterlage durch indirekte Gewalt. Er spielt alsbald die Rolle eines freien Gelenkkörpers, ist zwischen Radiusköpfchen und lateralem Humerus epicondylus leicht vortretend sicht- und fühlbar, auch mittels Röntgen nachweisbar und veranlaßt plötzlich behinderte Ellbogenstreckung bei ganz freier Beugung, freier Pro- und Supination, ohne daß ein stärkerer Hämarthros zustande kommt. Bei Kenntnis des Symptomenkomplexes ist die Verletzung, wie L.'s Beobachtungen beweisen, leicht und sicher diagnostizierbar. Das Trauma in beiden L.'schen Fällen bestand in einer kraftvollen Ellbogenstreckung, wobei mit einem in der Hand gehaltenen eisernen Geräte (Eisenstange bzw. Hammer) gegen eine feste Unterlage gehauen wurde. Die Behandlung hat in der leicht ausführbaren Exzision des Knorpelstückes zu bestehen und kam in den Fällen L.'s auch zur völlig erfolgreichen Ausführung.

Außer der beschriebenen Fraktur kommt auch eine mit ihr nicht zu verwechselnde andere Bruchform am Humerusköpfchen vor, wo dasselbe in toto an seiner Basis abgetrennt wird. (Fälle von Steinthal und Hahn.) Die Entstehung dieser Fraktur erscheint nur durch direkte Gewalt (Auffallen gegen das Humerusköpfchen) denkbar. Auch hier wird die Exzision des losen Fragmentes die einzig richtige Therapie sein.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) v. Schmarda. Zur operativen Behandlung veralteter Ellbogengelenksluxationen.

(Zeitschrift f. Heilkunde Bd. XXV (N. F. Bd. V). Jahrg. 1904. Hft. 12. Abteilung f. Chirurgie u. verw. Disziplinen Hft. 4.)
Wien 1905.

Einleitend werden in einer historischen Übersicht über die Entwicklung der Behandlung veralteter Ellbogengelenksverrenkungen die wichtigsten Arbeiten auf diesem Gebiet aufgezählt. Es folgt dann die Mitteilung von neun während der Jahre 1895—1903 operativ behandelten veralteten Ellbogenverrenkungen aus der II. chirurgischen Klinik zu Wien. Bei allen neun Fällen wurde die blutige Reposition durch Arthrotomie von einem hinteren Längsschnitt aus gemacht, jedesmal primäre Heilung erzielt, und die funktionellen Endresultate waren vorzüglich.

Dettmer (Bromberg).

42) W. Bogoljubow. Zur Kasuistik der von Gelenkkapseln ausgehenden Geschwülste.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Bei dem 6jährigen Knaben wurde vor 4 Jahren eine erbsengroße Geschwulst in der rechten Ellbeuge bemerkt, die ohne ersichtliche Ursache auftrat. Sie wuchs langsam, ohne Beschwerden zu machen.

Der im übrigen durchaus gesunde Knabe trug an der Vorderseite des rechten Unterarmes eine »ovale«, bewegliche, mannsfaustgroße Geschwulst, die nicht druckempfindlich war und die Funktion des Ellbogengelenkes nicht beeinträchtigte. Der Konsistenz nach zerfiel die Geschwulst in einen derben und einen mehr elastischen Teil. Operation (in Narkose): Die Geschwulst ließ sich fast ganz stumpf auslösen bis an ihren derben, bindegewebigen Stiel, welcher in die Kapsel des Gelenkes unmittelbar überging. Bei dem Versuche, sie von der Kapsel zu trennen, traten einige Tropfen Synovia aus. Die Synovialis war in einen Trichter ausgezogen, der dann abgebunden wurde. Verlauf bis auf Nahteiterung glatt. Histologisch erwies sich

die Geschwulst als ein von der Gelenkkapsel ausgegangenes Fibrolipom mit eingelagerten Knorpel- und Knochenstückchen.

Bemerkenswert ist in diesem Falle, daß die Geschwulst sich außerhalb der Gelenkhöhle weiter entwickelte. Verf. hat nur einen, und zwar ganz gleichen, Fall gefunden, den Bischitzky aus der Wölfler'schen Klinik mitgeteilt hat. Auch dort handelte es sich um eine von dem vorderen Kapselteil ausgehende Geschwulst. **V. E. Mertens** (Breslau).

43) **Frey** (Geisingen). Gewichtsextension der Haut.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

F. gelang es, die bei einer Amputation der Hand eines 73jährigen schwachsinnigen Mannes zu kurz geratene Hautmanschette durch Anbringung einer Gewichtsextension mittels Heftpflasterstreifen usw. so zu dehnen, daß die vorher sehr stark gespannten Nähte entlastet wurden und glatte Heilung eintrat. Das Verfahren eignet sich vielleicht auch in Fällen von plastischen Operationen, wo nicht genügendes Hautmaterial vorhanden ist, so daß Entspannungsschnitte vermieden werden könnten. **Kramer** (Glogau).

44) **K. Schulze.** Ein Fall von spontaner Subluxation der Hand nach unten (Dupuytren-Madelung'sche Subluxation). (Aus Prof. Th. Kölliker's Privatklinik in Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

Der Fall betraf ein 16jähriges Mädchen mit angeborener doppelseitiger Hüftgelenksverrenkung; die Subluxation der Hand nach unten, welche mit dem Vorderarme die charakteristische Bajonettform zeigte, und das starke Hervortreten des Ulnaköpfchens und unteren Radiusendes dorsalwärts, eine Verlängerung der Ulna und eine volarwärts gerichtete Krümmung der unteren Radiushälfte erkennen ließ, besteht seit dem 9. Lebensjahre, z. T. wohl als Folge einer starken »Verdrehung« der Hand, an der indes schon früher »der Knöchel« stark vortretend gewesen sein soll. Die Dorsalflexion und radiale Abduktion war stark behindert, die Volarflexion über die Norm gesteigert; Schmerzen fehlten, vielleicht deshalb, weil das Mädchen schwere Arbeit nicht zu leisten hatte. Pat. trägt einen Schienenhülsenverband (nach Hoffa), der redressierend wirkt. **Kramer** (Glogau).

45) **W. Cohn.** Über die isolierte Ruptur der Symphysis ossium pubis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 539.)

Ein 54jähriger Landwirt wurde beim Durchgehen seiner Pferde vom Wagen geschleudert, von einem Pferde getreten und eine Strecke weit geschleift. Er lag $^1/_4$ Jahr zu Bett, konnte dann anfangs nur auf zwei Krücken, nach $^3/_4$ Jahr mit zwei Stöcken, später mit einem Stocke gehen. Einige Monate nach dem Unfalle trat vorübergehend Incontinentia urinae et alvi ein. Bei der $2^3/_4$ Jahre nach dem Unfalle vorgenommenen Untersuchung fand sich abnorme Beweglichkeit in der Gegend der Symphyse, deren Klaffen auf dem Röntgenbilde deutlich sichtbar war.

Aus der Literatur werden 14 ähnliche Fälle zusammengestellt, und auf Grund dieser 15 Fälle wird ein Bild von der Ätiologie, pathologischen Anatomie, Diagnose, Prognose und Behandlung der seltenen Verletzung entworfen. Störungen der Erwerbsfähigkeit, bedingt durch mangelhafte Funktion der unteren Gliedmaßen und Schmerzen, bleiben leicht zurück. In dem Falle des Verf.s betrug die Erwerbsfähigkeit 40—50%. **M. v. Brunn** (Tübingen).

46) **G. Cotte.** Tuberculose inflammatoire. Sciatique familiale d'origine tuberculeuse.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 103.)

Die beiden Krankengeschichten, die aus der Patel'schen Klinik stammen, sind kurz folgende:

1) Die 68jährige Pat. war in ihrer Jugend »skrofulös«. Vor 10 Jahren eine Pleuritis mit Erguß, seitdem chronische Bronchitis. In der Folgezeit litt Pat. an wiederholten Anfällen von Ischias im rechten Bein. Endlich bildete sich eine Schwellung des linken Knies aus, die zunächst als rheumatisch angesehen wurde, bis sich herausstellte, daß es sich um Tumor albus handelte. In dem Maße wie die Knietuberkulose akuter wurde, hörten die Ischiasbeschwerden völlig auf.

2) Die 26jährige Tochter der vorigen Pat. war ebenfalls skrofulös, später bleichsüchtig, hat ein gesundes Kind. Seit 4 Jahren litt sie an Schmerzen in allen Gelenken und hatte in den beiden letzten Jahren drei heftige Schmerzanfälle im rechten Bein. Anfangs dieses Jahres klagte sie über Schmerzen in den Gelenken der Arme, besonders der Schultern; einige Zeit darauf hatte sie einen Anfall außerordentlich heftiger und hartnäckiger Ischias. Das Allgemeinbefinden der Pat. verschlimmerte sich weiterhin zusehends.

C. hebt als typisch für die »entzündliche Tuberkulose« aus den Krankengeschichten hervor die Aufeinanderfolge von Gelenkschmerzen und Neuritis, bis das Ganze in der manifesten Tuberkulose eines Gelenkes gipfelt, während die übrigen Erscheinungen schwinden. So uralt auch unsere Kenntnis vom Auftreten peripher-neuritischer Störungen im Laufe der Lungentuberkulose ist, verdanken wir doch erst der neueren Zeit die Erkenntnis, daß es sich tatsächlich um rein periphere Vorgänge handelt.

Zum Schluß betont C., daß das Auftreten der tuberkulösen, d. h. durch lösliche Produkte der Koch'schen Bazillen hervorgerufenen Ischias als ein prognostisch sehr ernstes Ereignis anzusehen ist. **V. E. Mertens** (Breslau).

47) J. Riedinger. Luxatio supracotyloidea und Hypoplasie des Beckens als intra-uterine Belastungsdeformität.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

Ein 7 Jahre alter Knabe leidet an starkem seitlichen Vortreten und erheblichem Hochstande des Trochanter major der rechten Seite. Das rechte Bein ist um $3^1/_2$ cm verkürzt, der Trochanter major steht jedoch nur einen Finger breit oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie wegen deutlich ausgesprochener Frontalstellung des Schenkelhalses. Muskulatur des rechten Beines weniger stark entwickelt als die des linken. Von den Bewegungen ist nur die Rotation nach außen und am meisten die Abduktion behindert. Das Röntgenogramm zeigt neben anderen Veränderungen eine deutliche Verkleinerung der rechten Beckenhälfte in allen seinen Dimensionen, eine Abflachung der Hüftpfanne und ein Fehlen des oberen Randes der Pfanne.

Da die Anamnese bei der Mutter ergab, daß die Schwangerschaft und die Geburt keineswegs normal verlaufen waren und gleich nach der Geburt eine Neigung des Kopfes nach der rechten Seite und ein Zurückbleiben der ganzen rechten Körperhälfte in der Entwicklung beobachtet waren, so nimmt Verf. an, daß der Fötus im Uterus in einer Zwangslage sich befunden hat, die zur Verbildung Veranlassung gegeben hat. Ist der Rumpf in irgendeiner Weise seitlich geknickt, so wird häufig neben stärkerem Vortreten der Kniegelenke und stärkerem Anstemmen der Füße gegen die Uteruswand das Hüftgelenk in eine schiefe Lage versetzt. Pflanzt sich dann der Druck längs des Unter- und Oberschenkels fort, so ist die Möglichkeit des Austretens des Schenkelkopfes auf der abschüssigen Bahn aus der verhältnismäßig kleinen Gelenkpfanne gegeben. Ferner ist die Hypoplasie der Skeletteile ebenso wie die Atrophie der Weichteile auf Raumbeengung infolge der unzweckmäßigen Lage zurückzuführen.

Da derartige Fälle von Hypoplasie einer Beckenhälfte wenig bekannt sind (Schede, Grawitz, Holtzmann), so trägt dieser Fall zur Erklärung für die Hypoplasie des Skeletts als intra-uterine Belastungsdeformität nicht wenig bei.

Hartmann (Kassel).



48) **F. Hesse.** Über Schenkelhalsbrüche im jugendlichen Alter.
(Ziegler's Beiträge 1905. Festschrift für Jul. Arnold.)

H. vermehrt die Kasuistik der Schenkelhalsbrüche im jugendlichen Alter, d. h. im Alter von 1—18 Jahren, um fünf weitere Fälle, die innerhalb der letzten 2 Jahre in der Würzburger chirurgischen Universitätsklinik des Juliusspitals zur Beobachtung kamen. In vier von diesen Fällen, deren Röntgenbilder wiedergegeben werden, handelte es sich nur um relativ geringfügige Traumen, in einem fünften Falle ließ sich ein Trauma mit Sicherheit überhaupt nicht mehr nachweisen; die Pat. kamen durchweg mit dem Symptomenbilde der traumatischen Coxa vara zur Aufnahme. Wegen der Geringfügigkeit der ursächlichen Verletzung, aber auch wegen gewisser klinischer Wahrnehmungen (Kleinheit der Figur) spricht H. die Vermutung aus daß eine für die Fraktur prädisponierende lokale oder allgemeine Schädigung des Organismus existieren müsse, deren Wesen noch unbekannt sei (v. Recklinghausen's Osteomalakie, Ref.). Auffallend war im allgemeinen die geringe Funktionsstörung nach dem Trauma. Die objektiven Veränderungen bestanden meist in einer Verkürzung des verletzten Beines mit entsprechendem Trochanterhochstand, mit Behinderung der Abduktion und Innenrotation; in einem Falle bildete sich eine posttraumatische deformierende Arthritis aus. Der Sitz der Fraktur bzw. der Infraktion erstreckte sich auf sämtliche Teile des Schenkelhalses, eine Bevorzugung der Epiphysengegend ließ sich nicht nachweisen. In einigen Fällen blieb eine hartnäckige Atrophie der Hüft- und Oberschenkelmuskulatur bestehen; in zwei Fällen kam es zu einer erheblichen Wachstumshemmung des Fußes der verletzten Seite und in einem Falle zu einer vorzeitigen Verknöcherung der Epiphysenlinie des Trochanters. Bezüglich der Therapie befürwortet H. ein möglichst konservatives Verhalten (hohe Sohle). Den Schluß der Arbeit bildet eine tabellarische Übersicht über 46 Schenkelhalsbrüche jugendlicher Individuen aus der Literatur, deren Diagnose durch Röntgenphotographie oder durch Operation sichergestellt worden war. H. ist der Ansicht, daß man bei einer kritischen Sichtung der Coxa vara-Literatur noch auf weit mehr Schenkelhalsbrüche stoßen würde.

Deutschländer (Hamburg).

49) **Negroni.** Dell' osteoarthrite deformante giovanile dell' anca.
(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 3.)

1) 21jähriger Bauer mit Beschwerden seit dem 17. Jahre. Hinken, Schmerz, Beweglichkeitsstörung der rechten Hüfte, Adduktion, scheinbare Verkürzung, Beschränkung hauptsächlich der Rotation und Abduktion, tastbare Vergrößerung des Kopfes. Resektion des Schenkelkopfes von vorderem Schnitt. Das Präparat ist durch eine Reihe von Furchen, deren eine dem oberen Pfannenrand entspricht, und Graben traubig. Bindegewebe überzieht vom Halse her den zum Teil verschwundenen Knorpel und steht in Verbindung mit dem Bindegewebe der eröffneten spongiösen Substanz. Am Knochen teils Abschleifen, teils progressive Prozesse und Verdichtung des Knochens.

2) 9jähriger Knabe. Im Anschluß an einen Gelenkrheumatismus entwickeln sich Abduktions- und Flexionskontraktur rechts. Das Röntgenbild zeigt den rechten Schenkelkopf unregelmäßig, die Epiphyse wie plattgedrückt, mit Furchen an der freien Oberfläche.

3) 13jähriges Mädchen. Langsame Entwicklung unter Schmerzen. Links Verkürzung, Abduktion; rechts indifferente Stellung. Rechts Trochanter 1 cm oberhalb Roser-Nélaton'scher Linie. Beide Köpfe liegen in der Pfanne, der rechte ist vergrößert und unregelmäßig, der linke groß aber regelmäßig. Das Röntgenbild zeigt rechts den Kopf stark abgeplattet, den Hals fast verschwunden; am Trochanter Knochenatrophie. Links Hals intakt, Kopf nach vorn und unten gedrängt, pilzförmig; oberer Pfannenrand vergrößert. — Osteotomie des Schenkelhalses links und Gipsverbände.

Verf. bespricht die Natur dieser Veränderungen und spricht sich dahin aus, daß diesen juvenilen Formen derselbe Prozeß zugrunde liege wie beim Malum

coxae senile. Der genau erhobene mikroskopische Befund läßt dabei sowohl an der Bindegewebswucherung wie am Knochen besonders die progressiven und regenerativen Veränderungen hervortreten. Die Deformation ist erst Folge des Knorpelschwundes und der Abschleifung unter dem Einfluß der Bewegungen und der Schwere. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

50) **Thompson.** A collection of cases in which the operation of excision of the hip-joint has been performed for disease of the joint.

(Guy's hospital reports Vol. LIX. 1905.)

Bericht über 40 Fälle von Hüftgelenksresektion, die in allen außer in zwei Fällen wegen Tuberkulose ausgeführt worden war. In 37 Fällen konnte Verf. eine Nachuntersuchung ausführen oder Auskunft über das Schicksal der Operierten erhalten.

Die Zeit, die seit der Operation verflossen war, betrug 6 Monate bis 19 Jahre, und zwar in 2 Fällen mehr als 10, in 14 Fällen mehr als 5, in 4 Fällen mehr als 3. in 12 Fällen mehr als 1, in 5 Fällen weniger als 1 Jahr. In 6 Fällen (15%) war der Tod erfolgt, 2mal sofort nach der Operation, 2mal sicher und 2mal wahrscheinlich an fortgeschrittener Tuberkulose. In 8 weiteren Fällen mußte die sekundäre Exartikulation ausgeführt werden. Demnach in 35% der Fälle Mißerfolg. In 27,5% der Fälle konnte ein beschränkter Erfolg (Fisteln!), in 15 Fällen (37,5%) vollkommene Heilung erzielt werden. Was das Alter der Pat. anlangt, so waren 16 älter als 10 Jahre; bei der Hälfte derselben wurde ein gutes Resultat erzielt. 24 Pat. hatten das 10. Jahr noch nicht erreicht. Hier betrug der Heilungserfolg nur 33%.

Betreffs der durch die Operation gesetzten Deformität des Hüftgelenkes stellt Verf. fest, daß diese meist in einer Verschiebung des Trochanters bis zur Höhe des Spina anterior superior bestand.

Die Gebrauchsfähigkeit des Beines war in allen Fällen bis auf einen eine gute. In den meisten Fällen konnte das operierte Bein das Körpergewicht allein tragen.

Eine vollkommene Beweglichkeit des Gelenkes wurde in 7 und eine beschränkte in 3 Fällen erzielt. In 13 Fällen trat eine Ankylose ein. Bei den mobilen Gelenken fanden sich jedoch mehr Fisteln als Zeichen des noch nicht ganz erloschenen Krankheitsprozesses, als bei den ankylotischen.

Von im ganzen 200 Fällen, bei denen die Resektion ausgeführt worden war. bestand bei 70 die Krankheit fort bzw. trat der Tod ein (30). Bei 55 Fällen wurde ein Teilerfolg erzielt, indem Fisteln zurückblieben (die jedoch vielfach ohne erheblicheren Einfluß auf das Befinden der Operierten waren). In 75 Fällen war das Resultat ein gutes. Von einem vollkommenen Erfolg (freie Beweglichkeit, keine Fistel) konnte nur in 25 Fällen gesprochen werden.

Engelmann (Dortmund).

51) **T. Kölliker** (Leipzig). Über Coxa valga.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 36.)

K. bespricht kurz die Pathologie, klinischen Symptome und Behandlung der seltenen Coxa valga, von der er zwei Fälle beobachtet hat. Der Neigungswinkel betrug in denselben 156, der Richtungswinkel 68°. Der eine Pat., ein 76jähriger Mann, erlitt, auf den großen Trochanter stürzend, einen Bruch desselben, anstatt einer Schenkelhalsfraktur — wie K. wohl mit Recht annimmt, infolge seiner Coxa valga. **Kramer** (Glogau).

52) **O. Bode.** Zur Frage der Kontusionsexostosen des Oberschenkelknochens (Myositis ossificans).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 546.)

Nachgelassenes Werk des vorzeitig im vorigen Jahre durch eine Infektion hingerafften Verf.s, in dem er vier Fälle aus seiner Tätigkeit in Unfallstationen und im Krankenhaus in Neu-Weißensee mitteilt und bespricht. Bei allen Pat. handelt

es sich um eine abnorme Knochenproduktion am Femur, die nach schwerer Kontusion (Hufschlag, Auffallen schwerer Last usw.) sich gebildet hatte und schwere Funktionsbehinderung des Beines verursachte. Die Kranken wurden durch Operation von ihrer Knochenwucherung befreit, wobei der regelmäßige Befund zu machen war, daß die Knochenneubildung von einem sehr derben, teilweise schlecht abziehbaren und Muskelfasern zur Insertion dienenden, übrigens normalen Periost bekleidet waren. Reste alter Blutergüsse in der Umgebung oder auch im Innern der Knochenneubildung sind notiert, die meist mittels einer stielartigen Spange am Oberschenkel wurzelte. Die Pat. wurden gut hergestellt, mußten aber bis auf einen Invalidenrenten von 20—25% erhalten. Auf Grund der Operationsbefunde ist anzunehmen, daß in diesen Fällen die Knochenproduktion vom Periost ausgegangen ist. Man kann vermuten, daß durch das Trauma das Periost vom Knochen partiell abgerissen war, und daß von diesem abgerissenen Periostteile die Knochenneubildung ausging. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

53) C. M. Moullin. 40 consecutive cases of fracture of the patella treated by wiring.

(Lancet 1905. September 23.)

Verf. empfiehlt energisch das Nähen der gebrochenen Kniescheibe mit Silberdraht am 3. oder 4. Tage nach der Verletzung. Das Gelenk wird mit Kornzange und Pinzette von den Blutcoagulis befreit, ohne Anwendung von Desinfizientien. Ein völlig fixierender Verband wird nicht angelegt und Bewegungen mit Massage so bald als möglich vorgenommen. Nach 3 Wochen steht der Kranke auf.

Verf.s ausgezeichnete Resultate bestätigen die ja heutzutage wohl von den meisten Chirurgen und Orthopäden angenommene Therapie des Kniescheibenbruches. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

54) Oehlecker. Resultate blutiger und unblutiger Behandlung von Patellarfrakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 3.)

Verf. veröffentlicht das reiche Material von Kniescheibenbrüchen aus Körte's Abteilung. Aus einer genauen Nebeneinanderstellung und Vergleichung der sämtlichen verschiedenartigen Behandlungsmethoden kommt er zu der Ansicht, daß die unblutige Behandlung bei geringer Diastase der Bruchstücke und bei Erhaltung des ligamentösen Reservestreckapparates anzuraten ist. Bei stärkerem Auseinanderweichen der Bruchenden und seitlichen Kapsel-Fascienrissen ist die offene Naht das Verfahren, das die besten Resultate erzielt, da es eine knöcherne Vereinigung der Bruchstücke garantiert. Als guter Erfolg ist es anzusehen, wenn der Verletzte wie ein Gesunder treppauf und -ab steigen kann. Bei der Naht werden die Hände des Operateurs streng von der Wunde ferngehalten. Die Schnittführung ist eine bogenförmig die Kniescheibe umkreisende mit unterer oder oberer Basis. Die Fragmente werden mit Silberdraht vernäht. Ein Schaden von diesem nicht resorbierbaren Material wurde nie gesehen. Die Weichteile wurden mit Jodcatgut vereinigt. Frühzeitig werden passive und dann aktive Bewegungen im Knie vorgenommen. Guter Wille des Verletzten fördert die Heilung bezw. den Erfolg. Bei Rentenjägern wurden unangenehme Erfahrungen gemacht. Mit gutem Resultat aus der Behandlung entlassen, hatten sie zum Teil später eine angebliche Verschlechterung des früher erzielten Erfolges zu beklagen.

Neben den frischen Kniescheibenbrüchen hat O. auch fünf Fälle von Refrakturen und veralteten Brüchen zusammengestellt. Bei diesen ist das Resultat schon eher in Frage gestellt, zumal die Infektionsgefahr für den Eingriff infolge des atrophischen Gewebes und der längeren Operationsdauer eine höhere ist als in den frischen Fällen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

55) **F. Magnus.** Über totale kongenitale Luxation der Kniegelenke bei drei Geschwistern.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 555.)

Die in der Leipziger Poliklinik (Perthes) gemachte Beobachtung betrifft ein $4^3/_4$jähriges Mädchen, einen $2^1/_2$jährigen und einen $^3/_4$jährigen Knaben, Kinder gesunder Eltern, die noch ein älteres, ganz gesundes Kind haben. Alle drei Kinder haben eine doppelseitige Verrenkung des Knies, welches in Hyperextension, Valgusstellung und Außenrotation steht, sonst überallhin schlotterbeweglich, nur in der Flexion kaum beweglich ist. Wie Tastung und Röntgenbild zeigen, stehen die Tibiaköpfe vor und etwas über den Femurkondylen. Sämtliche Kinder haben außerdem gleichzeitig beiderseitige angeborene Hüftgelenksverrenkung und an den Finger- und Handgelenken abnorme Kapselschlaffheit, die Distraktionsbeweglichkeit und Subluxationsstellungen erlaubt. Ein derartiges familiäres Auftreten der überhaupt seltenen angeborenen Kniegelenksverrenkung ist sonst noch nicht beobachtet. Ätiologisch scheint in diesen Fällen, was mit einigen anderen Fällen stimmt, die vorhandene multiple Gelenkkapselschlaffheit oder Schlotterigkeit für das Zustandekommen des Leidens von Bedeutung.

Das jüngste Kind ist noch nicht in Behandlung genommen, bei den beiden älteren sind leidliche therapeutische Erfolge erzielt. Bei dem älteren genügte hierzu die nicht gerade schwer gelingende unblutige Reposition mit nachfolgenden Gipsverbänden und Schienenanlage. Bei Fall 2 bedurfte es beiderseits blutigen Eingriffes, da der stark verkürzte Quadriceps hinderte. Das Gelenk wurde eröffnet und zwecks Verlängerung des Streckapparates die Kniescheibe in eine vordere und hintere Scheibe zerlegt, die hinterher eine oberhalb der anderen gelagert wurden. Das stark verlängerte, übrigens derbe Lig. cruciatum ant. wurde mit Faltennaht zusammengerafft und kürzer gemacht, endlich die noch immer nicht genügend nachgebende Quadricepsmuskulatur mehrfach quer eingekerbt. Danach Repositionsmöglichkeit, gute Wundheilung, angemessene Nachbehandlung. Röntgenaufnahme vor und nach der Behandlung, sowie ein Photogramm des einen Kindes erläutern die Krankengeschichten.

In der Allgemeinbesprechung ist die einschlägige, nicht umfangreiche Literatur hinreichend herangezogen, so daß die Arbeit einen guten Gesamtüberblick über das interessierende Leiden gewährt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

56) **Wehsarg.** Über kongenitale Subluxation des Kniegelenkes.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 3.)

57) **L. Bacilieri.** Über kongenitale Luxationen im Kniegelenke.

(Ibid.)

W. bereichert die Zusammenstellung von 127 Fällen angeborener Kniegelenksverrenkungen (Drehmann 1900) um drei weitere, so daß jetzt mit dem in der Zwischenzeit von Reichel veröffentlichten Fall insgesamt 131 Fälle bekannt sind. Auch bei den angeborenen Knieverrenkungen ist das weibliche Geschlecht in der Überzahl; es ergibt sich etwa 40% auf den männlichen und 60% auf den weiblichen Anteil. Weiter fanden sich 55 einseitige und 51 doppelseitige Verrenkungen nach vorn; die übrigen 25 sind Verrenkungen nach hinten, nach außen oder sog. willkürliche.

Die drei Fälle betreffen einen Neugeborenen, einen Knaben, der erst spät das Gehen lernte, und einen Erwachsenen. Eine hereditäre Belastung konnte in keinem dieser drei Fälle nachgewiesen werden. Wohl aber steht fest, daß bei allen drei Fällen die Deformität infolge Raumbeengung zustande gekommen ist. Während aber Drehmann annimmt, daß der Fötus in der Gebärmutter schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft eine abnorme Lage einnimmt, neigt W. zu der Ansicht, daß erst in den letzten Monaten der Schwangerschaft der Fötus in eine fehlerhafte Zwangsstellung gerät und dann vergebliche Versuche macht, sich aus derselben zu befreien. Bei dem Neugeborenen fühlte W. bei der inneren Unter-

suchung, daß der betreffende Schenkel von den sich kreuzenden Armen festgehalten wird. Weiter lassen auch die Angaben der Mutter über heftige Kindsbewegungen vermuten, daß die überstreckte Stellung der Unterschenkel 8 Wochen vor der Geburt vor sich ging, und das Kind vergebens versuchte, diese Zwangsstellung zu korrigieren. — Bei dem 4jährigen Knaben läßt das Vorhandensein der Kniekehlenfalten ebenfalls mit Sicherheit annehmen, daß die Stellung nicht in, sondern nach der ersten Hälfte der Schwangerschaft eingenommen wurde. Das Auftreten dieser ätiologischen Momente erst in der zweiten Hälfte des fötalen Lebens spricht somit unzweifelhaft für die mechanische Entstehung der Deformität, eine Annahme, die unterstützt wird durch weitere Beobachtung, daß sämtliche Komplikationen (Klumpfüße, Hüftverrenkungen) ebenfalls ihre Erklärung auf mechanischer Basis, aber nicht auf fehlerhafter Keimanlage finden.

B. veröffentlicht unabhängig von W. drei weitere Fälle von angeborener Knieverrenkung aus der Kocher'schen Klinik. Da aber verschiedene Fälle aus der ausländischen Literatur herangezogen werden, ändert sich die Statistik insofern, daß im ganzen 137 Fälle publiziert sind.

Die Fälle betreffen ein 7jähriges Mädchen mit doppelseitiger Knieverrenkung, bei dem die Mutter ebenfalls in den letzten Woche der Schwangerschaft heftige Kindsbewegungen verspürt hatte, einen 2¼jährigen Jungen, bei dem das rechte Bein noch zur Zeit der Untersuchung so auf den Oberkörper gelegt werden kann, daß bei überstrecktem Kniegelenke die Innenfläche der Tibia in ganzer Länge das Brustbein berührt und die Planta pedis von dem Kinn festgehalten wird (vgl. die Abbildung im Original), und einen 27 Jahre alten Mann, der neben einer Mißbildung des Skeletts und totaler Verrenkung der Tibia nach vorn noch von einer doppelseitigen Verrenkung im Hüftgelenke nach hinten und des Radiusköpfchens nach vorn befallen war. Während B. nun in den ersten beiden Fällen als ätiologisches Moment für die Knieverrenkung wie W. eine mechanische Ursache annimmt, versucht er im letzten Falle, die Deformität durch eine primäre fötale Erkrankung der Gelenke, die als Folge von Ernährungsstörungen zu einer Erschlaffung der Gelenkapparate führte, zu erklären.

Therapeutisch hat Kocher im zweiten Falle die Arthrodese mit sehr gutem Erfolg ausgeführt und im ersten Fall eine direkte Verkürzung der Kapsel, die an dem rechten Bein ein funktionelles normales Gelenk geschafft hat.

Hartmann (Kassel).

58) P. Couteaud. Polype tuberculeux intra-synovial du genou. Ablation. Guérison.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 84.)

Der 22jährige Pat. hatte vor 7 Jahren infolge eines Sturzes auf das rechte Knie ein sehr langes Krankenlager durchgemacht, war aber sonst immer gesund. Er kam ins Hospital wegen eines beträchtlichen Hydrarthros des rechten Knies, an dessen Außenseite ein intraartikulärer, beweglicher, aber fixierter »Fremdkörper« von unbestimmbarer Form und Konsistenz zu fühlen war. Der Zustand hatte sich in 6 Monaten herausgebildet, ohne daß Pat., abgesehen von geringen Schmerzen, belästigt wurde. Er war im übrigen ganz gesund.

Operation: der Außenseite des Condylus ext. saß eine polypöse, festhaftende Masse (7,3×4×2,2 cm groß) von ungleicher Konsistenz auf; sie war durch eine 4 cm lange Falte mit den hinteren Synovialpartien verbunden.

Die bakteriologische und histologische Untersuchung ergab, daß es sich um Tuberkulose gehandelt hatte. **V. E. Mertens** (Breslau).

59) K. Gaugele. Über entzündliche Fettgeschwülste am Knie- und Fußgelenke. (Aus Sanitätsrat Dr. Köhler's Privatklinik in Zwickau.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

G. berichtet über vier Fälle von entzündlicher Fettgeschwulst am Kniegelenk, in deren einem, beide Gelenke betreffenden, ein Trauma nicht vorangegangen war,

während in den drei übrigen ein solches leichter Art für die Entstehung verantwortlich gemacht werden konnte. Drei der Pat. wurden durch Exstirpation der Geschwülste von allen Beschwerden befreit, der vierte trug ein fast steifes Gelenk davon, nachdem die Behandlung nach der Operation infolge schwerer Psychose für längere Zeit hatte unterbrochen werden müssen. Auch an den Fußgelenken wurden von G. (wie vorher schon von Luxembourger, s. ds. Blatt 1904. p. 1406. Ref.) ähnliche entzündliche Wucherungsprozesse im Fettgewebe der Gelenkkapsel in einigen Fällen beobachtet, in zwei mit Erfolg operiert. Es waren indes G.'s Pat. meist solche mit Plattfuß und Plattfußbeschwerden, die sich besonders unterhalb des äußeren Knöchels geltend machten und den Charakter von Einklemmungsschmerzen hatten; sie schwanden in jenen zwei Fällen nach Exstirpation der hasel- bis walnußgroßen Geschwülste. **Kramer** (Glogau).

60) **O. Seitz.** Ein Fall von Myxoosteochondrosarkom der Tibia.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 601.)

Rein anatomisch-histologische Arbeit, bei der es sich um die Schienbeingeschwulst eines 17jährigen Jünglings handelt. Nach Exarticulatio coxae starb derselbe an Entkräftung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

61) **B. Fischer.** Über ein Embryom der Wade. (Aus dem pathologischen Institut zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Es handelte sich um eine von dem 57jährigen Mann erst seit 6 Jahren bemerkte, in der Wadenmuskulatur entwickelte Geschwulst, die nicht etwa eine Metastase, sondern embryonalen Ursprunges, aber erst seit 6 Jahren gewuchert war und schließlich den Charakter eines Myxosarkoms angenommen hatte. Bei der nach dem Tode des Mannes an Miliartuberkulose gemachten Sektion fand sich, daß die myxomatösen Geschwulstmassen in der Tiefe von festeren weißgrauen Strängen durchzogen waren und überall in die Interstitien der Muskulatur und zwischen die Muskelbündel eindrangen. Die Hauptmasse lag an der Hinterseite der Tibia, unterhalb der Kniekehle, und war von zahllosen Cysten, die mit einer deutlichen Schleimhaut ausgekleidet war, und schleimgefüllten Darmschleimhaut tragenden Kanälen durchsetzt; außerdem zeigten sie zahlreiche knorpelige, verkalkte und verknöcherte Herde (s. im Original die mikroskopischen Befunde). F. findet eine befriedigende Erklärung für die Entstehung der Geschwulst allein in der Marchand-Bonnet'schen Blastomerentheorie, nimmt also an, daß die Geschwulst von verlagerten Furchungskugeln, Blastomeren, abzuleiten sei. **Kramer** (Glogau).

62) **Blencke.** Über Lähmungen im Gebiete der Unterschenkelnerven bei Rübenarbeitern.

(Zentralblatt f. physikal. Therapie Bd. I. Hft. 12.)

B. macht auf eine Beschäftigungsparese bei Rübenarbeitern aufmerksam, die sich in einer Lähmung der vom Peroneus bzw. auch vom Tibialis versorgten Muskulatur äußert. Die Entstehungsweise dieser Parese läßt sich, da bei der Rübenarbeit lange Zeit hindurch eine hockende Stellung eingenommen werden muß, rein mechanisch durch den Druck der kontrahierten Muskeln auf die betreffenden Nerven erklären. B. hat drei solcher Beschäftigungsparesen beobachtet, von denen zwei nach 14 Tagen, der dritte aber erst nach 8 Wochen unter Anwendung von Massage und Elektrizität zur Ausheilung gelangte.

Deutschländer (Hamburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 47. **Sonnabend, den 25. November.** **1905.**

Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode Billroth II.

Von

Dr. **Conrad Brunner** in Münsterlingen.

Die Resektionsmethode Billroth II findet als diejenige Methode, die beim Magenkarzinom am radikalsten vorzugehen erlaubt, immer mehr Anhänger; sie hat aber ihre Nachteile und besonders eine technische »partie honteuse«, auf welche ich, gestützt auf eigene und andere Erfahrungen, hier speziell aufmerksam machen möchte:

Wenn man am Duodenum aus dem Grunde, weil das Karzinom, wie sicher erwiesen ist — vergleiche die histologischen Untersuchungen Borrmann's[1] — keineswegs immer am Pylorus scharf sich abgrenzt, möglichst weit im gesunden resezieren will und nahe am Pankreas abschneidet, so bekommt man nicht immer Material genug, um den

[1] Borrmann, Das Wachstum und die Verbreitungswege des Magenkarzinoms. Jena 1901. Siehe speziell p. 334: »Auch an der duodenalen Absatzstelle ist 9mal im kranken operiert, das sind 14% von sämtlichen 63 Fällen«.

Stumpf sicher zu schließen, d. h. nach genügender Einstülpung zu übernähen. Bei meinen ersten beiden Fällen — der erste wurde 1899[2] operiert —, wo das so exakt als nur möglich geschlossene Duodenalende versenkt wurde, entstanden nach Verlauf von 5 und 6 Tagen abgekapselte Abszesse mit galligem Inhalte, welche die Heilung verzögerten. Dies bestimmte mich, bei allen folgenden Fällen den geschlossenen Duodenalstumpf extraperitoneal zu lagern, d. h. im oberen Wundwinkel der Bauchdecken mit dem mobil gemachten Peritoneum parietale zu umsäumen. Es traten nun, mit Ausnahme eines einzigen Falles, wo alles glatt ging, in der Bauchwunde Störungen auf, es entwickelten sich nach 5, 6, 7 Tagen Fisteln mit galligem Ausfluß, die z. T. bald sich schlossen, bei anderen Fällen aber äußerst hartnäckig persistierten und zu lästigen Fadeneiterungen Anlaß gaben. Bei alledem aber habe ich von den zehn nach Billroth II ausgeführten höchst ausgedehnten Resektionen keine durch Peritonitis verloren, es starb überhaupt nur ein Fall und dieser an Pneumonie.

Diese Beobachtungen haben mich nun veranlaßt, die in der Literatur niedergelegte Kasuistik der nach dieser Resektionsmethode von anderen Chirurgen operierten Kranken etwas genauer anzusehen und davon hier etwas zu referieren. In erster Linie studierte ich zu diesem Zwecke die ausgezeichneten Jahresberichte aus Czerny's Klinik mit ihrem gewaltigen Material, wo lückenlos über alle Geschehnisse Rechenschaft abgelegt wird; da fand ich in den letzten Jahrgängen folgendes:

Jahresbericht 1900, p. 115, Nr. 1457. Resektion des Pylorus 5. Juli. Abbindung des Duodenums und Versenkung des Stumpfes durch Übernähung. Bis zum 5. Tage ungestörter Verlauf. Am 6. Tage leichter Kollaps, Abdomen aufgetrieben. Partielle Eröffnung der Wunde. »Etwas Sekret am Duodenalstumpfe.« Tamponade. Am 27. Juli Darmblutung. Geringe Eiterung aus der Wunde. 6. Juli (?) Tod im Kollaps. Sektion: Der Knopf lag im Magen, Anastomose geheilt. Blut im Magen und Dünndarm. Quelle nicht gefunden. Magenwunde fast geheilt. »Kleiner abgekapselter Abszeß am Duodenalstumpfe.« Keine Peritonitis.

Jahresbericht 1901, Nr. 2413. Schwierig war die Versorgung des Duodenalstumpfes, da das Karzinom hier besonders weit gereicht hatte. Ebenso mußten starke Verwachsungen am Pankreaskopfe gelöst werden, wobei die entstehende Blutung mehrere Umstechungen erforderte. Dreireihige Magennaht. Hierauf Gastroenterostomie nach Hacker-Murphy. »Nach 8 Tagen entwickelte sich ein Abszeß, wohl vom Duodenalstumpf ausgehend.« Derselbe heilte aus.

Jahresbericht 1903, Nr. 951. Erst Gastroenterostomie, dann Resektion der Pars pylorica. Übernähung des Duodenalstumpfes sehr schwierig. Verlauf anfangs günstig, am 4. Tage Ikterus, am 5. septische Symptome mit Delirien. Bei Wiedereröffnung der Bauchhöhle entleert sich schmierig-galliges Sekret. Tamponade. Tod am 7. Tage post op. »Peritonitis diffusa infolge Nahtinsuffizienz mit Austritt von Darminhalt am Duodenalstumpf.«

---

[2] Vgl. Meine chirurgischen Erfahrungen auf dem Gebiete des Magenkarzinoms in den Jahren 1896—1900. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901. Nr. 3 u. ff.

Ebenda, Nr. 1126. Nach Gastroenterostomie Resektion. Durchtrennung des Duodenums nach Anlegung der Darmquetsche. Einstülpung und Übernähung. Ausgiebige Tamponade. »Vom 4. Tage ab Entleerung zunächst galligen, dann klaren (vom Pankreasstumpf stammenden) Sekretes; in der 4. Woche Versiegen der Sekretion.« Wundheilung per granulationem.

Ebenda, Nr. 1389. Gastroenterostomie und Resektion. Am Duodenum Abquetschung. Seidenligatur. Einstülpung des Stumpfes. Tamponade gegen das Pankreas: »Am 9. Tage post op. Tod infolge Insuffizienz der Magen- wie der Duodenalnaht.«

Jahresbericht 1904, p. 113, Nr. 178. Resektion. Gastroenterostomia retrocolica mit Murphyknopf. »Heilung nach vorübergehender Duodenalfistel.«

Nr. 311. Resektion, Gastroenterostomia post. mit Knopf. »Tamponade des Duodenalstumpfes. Vom 3. Tage ab besteht eine Duodenalfistel, die später in zweiter Operation durch Übernähung mit Netz und Leberkapsel geschlossen wird. Sie bildet sich später von neuem. Mit kleiner, punktförmiger Fistel nach Hause entlassen.«

Nr. 2031. Resektion nach Billroth II. »Gestorben am 9. Tage post operat. an Sepsis. Lokale Peritonitis infolge Dehiszenz des Duodenalstumpfes.

Diese Belege genügen schon, um die Richtigkeit des Gesagten zu bestätigen, d. h. die vom vernähten Duodenalstumpfe drohende Gefahr der sekundären Infektion zu illustrieren. Der Einblick in die Erlebnisse anderer Chirurgen liefert weitere Beweise:

Körte[3] hat nach Billroth II bis 1904 23 Fälle operiert; davon starben 12 an der Operation. Fall 20 † 3 Wochen (!) nach der Operation. Sektion: Magenstumpf und Gastroenterostomie glatt geheilt. »Am duodenalen Stumpf eine feine Fistelöffnung, die in einen abgekapselten, rechtsseitigen, subphrenischen Abszeß führt. Peritoneum frei.« — Nordmann, der Körte's Erfahrungen zusammenstellt, sagt (p. 35): Vergleicht man die Ergebnisse der beiden Operationsmethoden, so ergibt sich, daß die direkte Mortalität nach der Resektion bei der ersten Billroth'schen Methode geringer ist. »Es ist bemerkenswert, daß die nach der Operation aufgetretenen Komplikationen — vier subphrenische Abszesse und zweimaliger Symptomenkomplex des Regurgitierens von Darminhalt in den Magen — sämtlich im Anschluß an die zweite Billroth'sche Methode auftraten.« Aus allem gehe hervor, daß bei der ersten Billroth'schen Methode die direkten Gefahren geringer sind. Auf der anderen Seite schien man bei der zweiten Methode mehr Aussicht zu haben, die Geschwulst radikal entfernen zu können. Zu berücksichtigen sei ferner, daß die Resektion mit folgender Gastroenterostomie immer bei den ausgedehnteren und schwieriger zu operierenden Fällen angewendet worden sei.

Garrè[4] hat bis 1903 14mal nach Billroth II operiert mit drei Operationstodesfällen. Zwei Fälle an Peritonitis. Fall 5. »Am 4. Tage Exitus. Es findet sich eine diffuse, eitrige Peritonitis infolge Undichtigkeit der Duodenalnaht.«

Krönlein hat nach Schönholzer's Arbeit[5] bis März 1902 14 Fälle nach Billroth II operiert mit drei Todesfällen (Nr. 38, 40, 47) [p. 135 sind irrtümlich nur zwei angegeben]. Vom 1. März bis 31. Dezember 1902 (s. Anhang) wurden weitere vier Resektionen mit einem Todesfalle ausgeführt. An den vier Todesfällen au

[3] Nordmann, Zur Chirurgie der Magengeschwülste. Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXIII. Hft. 2.

[4] Stich, Beiträge zur Magenchirurgie. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LX. Hft. 2. 1903.

[5] Die Chirurgie des Magenkrebses. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 1.

18 Resektionen ist 3mal Peritonitis schuld. Fall 38: »Akute Peritonitis am 5. Tage nach dem Eingriffe durch Perforation an der Nahtstelle des Duodenalstumpfes.« P. 124 sagt Schönholzer über diesen Fall: die erste Billroth-sche Methode sei hier ganz unmöglich gewesen, da man sich gezwungen sah, ein ziemlich langes Stück des infiltrierten Duodenums mit zu exstirpieren. »Die Vernähung des Duodenumstumpfes mußte so tief in der Bauchhöhle vorgenommen werden, daß die gewöhnliche Okklusionsnaht modifiziert werden mußte, indem man das Duodenum wie einen Bruchsack unterband, dann Knopfnähte durch die ganze Wanddicke applizierte und schließlich den Stumpf in das Duodenallumen durch eine fortlaufende sero-seröse Naht invaginierte.«

Man sieht, allen diesen erfahrenen und geübten Operateuren, deren Resultate zu den besten zählen, begegneten verhängnißvollen Schwierigkeiten bei Versorgung des Duodenumstumpfes, jeder von ihnen hat bei einer beschränkten Zahl von Resektionen einen Todesfall an Peritonitis infolge Perforation an dieser fatalen Ecke zu beklagen. Und wie viele solcher noch nicht publizierter letaler Perforationen gibt es wohl?

Wird der so sicher als möglich vernähte Stumpf, so wie ich es durchgeführt habe, extraperitoneal eingenäht, so wird eine schöne Zahl von Todesfällen ausgeschaltet werden, weil dadurch die von hier ausgehende Peritonitis vermieden wird. Hält die Naht, um so besser. Kommt es zu Perforation, so ist allerdings die dadurch entstehende Komplikation lästig genug, aber nicht letal. Ist das Duodenalende nicht gut vorziehbar, so muß, wie ich sagte, das Peritoneum parietale durch Ablösung mobil gemacht werden. Auf den eingenähten Stumpf lege ich einen Jodoform- oder Vioformgazetampon.

Vielleicht ist der von mir gemachte Vorschlag schon von anderen Händen praktiziert worden, jedenfalls scheint er der Prüfung und das hier kurz behandelte Thema der Diskussion wert. Verbesserung, mehr technische Sicherheit ist an diesem Punkte notwendig. Alles was die noch ganz bedeutende Mortalität[6] der Magenresektion herabsetzen kann, muß willkommen sein.

Bei Versorgung der Magenwunde habe ich nie Schwierigkeiten gehabt und bis jetzt an dieser Stelle auch keine Perforation erlebt. Die Naht kann hier immer exakt angelegt und der Stumpf mit besserem Gewissen versenkt werden. Selbstverständlich bestreite ich nicht, daß auch da gelegentlich einmal durch Randnekrose sekundäre Perforation entstehen, oder bei nicht genügender Dichtigkeit der Naht Infektion erfolgen kann. Die zitierte Kasuistik liefert auch dafür Beispiele. Nahtdehiszenz bei der Gastroenterostomie ist nach meiner Erfahrung nicht zu fürchten.

---

[6] Vgl. die Tabelle bei Stich.

1) **H. Lohnstein.** Untersuchungen über das Kaliber der Harnröhre bei chronischer Urethritis.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 8.)

L. hat mit seiner zur Behandlung der chronischen Gonorrhöe angegebenen Doppelcurette eine größere Anzahl von Messungen ausgeführt, deren Details im Original nachgelesen werden müssen.

Aus seinen Untersuchungen geht unter anderem hervor, daß die maximale Dehnungsfähigkeit der einzelnen Harnröhrenabschnitte sehr wechselt, sowohl wenn man die Kaliber analoger Abschnitte der verschiedenen Fälle, als auch wenn man die verschiedenen Harnröhrenabschnitte desselben Falles miteinander vergleicht. Besonders dehnungsfähig ist die Harnröhre in allen ihren Abschnitten, wenn sie im transversalen Durchmesser gedehnt wird. Unter Dehnung im transversalen Durchmesser versteht L. diejenige Dilatation, bei der die Branchen der Curette nach den Schenkeln des Arcus pubis gerichtet sind.

Besonders auffallend ist die große Verschiedenheit der maximalen Dehnungsfähigkeit, die in der Mehrzahl der Fälle zwischen dem Bulbus und der ihm sowohl proximal als distal zunächst gelegenen Harnröhrenabschnitte besteht. Zwischen Bulbus und Pars membranacea wurden Unterschiede bis zu 38 mm, zwischen Bulbus und Pars cavernosa solche bis zu 30 mm festgestellt. L. neigt der Annahme zu, daß ein allmählicher Übergang des Bulbuskalibers in das der Pars cavernosa für infiltrierende Entzündung dieser Abschnitte charakteristisch sei; ein plötzlicher Übergang der beiden Kaliber ineinander ist anscheinend das Normale. **Willi Hirt** (Breslau).

---

2) **H. Lohnstein.** Prostata und Trauma.

(Allg. med. Zentral-Zeitung 1905. Nr. 31 u. 32.)

Die vordere Fläche der Prostata ist durch die Ligamenta puboprostatica ziemlich fest an die hintere Fläche der Schamfuge angeheftet; die nach oben liegende Basis der Prostata ist 3 cm, ihre nach unten gerichtete Spitze etwa $1^1/_2$ cm von der hinteren Schamfugenfläche entfernt. Aus diesen anatomischen Verhältnissen heraus erklärt es sich, daß die Prostata bei Verletzungen, die die Gegend der Symphyse betreffen, mit leidet.

Verf. hat in zwei Fällen von Beckenquetschung, bei denen die Prostata direkt anscheinend nicht betroffen war, eine konsekutive Prostatitis beobachtet. Infolge der Quetschung der Ligamenta puboprostatica kam es zu einer reaktiven Schwellung des periprostatischen Gewebes mit sekundärer Beteiligung des Prostatagewebes selbst.

Ferner steht die Spitze der Prostata in inniger Beziehung zu der Muskulatur und den Fascien des Dammes und des Diaphragma urogenitale. Daher führen Quetschungen und Verletzungen dieser Gegend leicht zu reaktiven Schwellungen und Entzündungen der Drüse und der durch sie verlaufenden Ductus ejaculatorii mit ihren Folgen, wie

Harnretention, Prostataabszeß, Verlust der Potentia coeundi, lanzinierende Schmerzen im Gesäß und unteren Extremitäten. Zu dieser Kategorie gehören drei Fälle, über die Verf. berichtet. Nur bei einem konnte eine frühere Erkrankung der Genitalien nachgewiesen werden.

Die Prognose der durch Trauma veranlaßten Prostataleiden ist nach den Erfahrungen des Verf. im allgemeinen eine gute.

Die Behandlung besteht vor allem in Massage der Prostata, Argent. nitr. (1:4000)-Spülungen der Blase, Inzision eventueller Prostataabszesse. **Willi Hirt** (Breslau).

---

3) **L. B. Bangs.** Etiology of enlarged prostate.

(New York med. record 1905. April 8.)

B. erkennt die Fortschritte der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie voll an, betont aber, daß man trotzdem die in Frage kommenden Operationen als schwere Eingriffe auffassen müsse, da im einzelnen Falle die Möglichkeit eines unglücklichen Ausganges immer noch eine große Rolle spiele. Er hat sich daher seit Jahren auch die Frage vorgelegt, ob nicht die Prophylaxis der Hypertrophie des genannten Organes mit mehr Erfolg als bisher entgegenwirken könnte.

Aus 300 sorgfältig analysierten Fällen ist Verf. sicher davon überzeugt, daß sich in mindesten 85% sexuelle Schädlichkeiten aus der Anamnese feststellen lassen. Kongestionelle, irritative und darauf basierende entzündliche Vorgänge sind für die Hypertrophie verantwortlich. Nach B.'s Ansicht ist die Hypertrophie keine rein senile Erkrankung, sondern die Veränderungen der Prostata fallen zusammen mit der »aktiven Lebensperiode der Testikel und Samenstränge«, und man ist imstande, die »Schatten kommender Ereignisse« früher festzustellen und auch zu bannen.

Es handelt sich nicht etwa um Folgen der Gonorrhöe, welche hin und wieder die Ursache sein kann. Die besten Präventivmaßregeln liegen in der Belehrung der Jugend und einer vernünftigen Lebensweise in späteren Jahren.

Die 15%, bei denen die genannte Anamnese sich nicht erheben läßt, fallen fast ausschließlich auf Personen mit sitzender Lebensweise und allzu guter Ernährung, entsprechend der dadurch herorgerufenen Beeinflussung des Pfortadersystems. **Loewenhardt** (Breslau).

---

4) **C. Wallace.** The enlarged prostate, its nature, symptoms and treatment.

(Practitioner 1905. September. p. 289.)

Kurze, intessante Arbeit mit zahlreichen Abbildungen der verschiedenen Formen von Prostatahypertrophie. Eine Operation wird empfohlen 1) wenn der Katheter nicht in die Blase eingeführt werden kann, 2) wenn das Einführen gelingt, aber nur unter starken Schmerzen

oder Blutung, 3) wenn vollkommene Retention besteht. Ist die Retention nicht vollkommen, so richtet sich Verf. nach den sozialen Verhältnissen der Pat. Leute aus der Arbeiterklasse sollen operiert, intelligente Vertreter der besseren Gesellschaft eventuell mit dem Gebrauch und der Einführung von Kathetern vertraut gemacht werden. Kastration, Resektion der Vasa deferentia werden als völlig zwecklos verworfen. Dagegen empfiehlt Verf. in allen operablen Fällen die suprapubische Prostatektomie (Freyer), warnt jedoch davor, die manchmal sehr dünne eigentliche Kapsel der Prostata in toto mit zu entfernen. **Jenckel** (Göttingen).

---

5) **H. G. Mudd.** Operation in hypertrophied prostate.

(Interstate med. journ. 1905. Nr. 9. September.)

Nach einer kurzen Besprechung der Symptome und ersten Beschwerden der Prostatahypertrophie betont Verf. die Berechtigung eines operativen Eingriffes, der in Analogie stehe mit der chirurgischen Behandlung der Appendicitis. Verf. will die Operation schon in frühen Stadien ausgeführt wissen und stellt von den üblichen Methoden die Ausschälung unter Kontrolle des Auges und des Fingers vom Damm her oben an. Die Entfernung mit einem suprapubischen Schnitt empfiehlt er nicht, wohl aber bei Steinbildung die Sectio alta mit intravesikaler Prostatektomie. M. hat die Operation auch unter Spinalanästhesie ausgeführt. — Die Mortalität ist noch ziemlich hoch. — Die Operation nach Bottini hält Verf. für zu wenig erfolgreich.

Grosse (Kassel).

---

6) **G. Luys.** La cystoscopie à vision directe.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. July 15.)

Angeregt durch die Arbeiten von Kelly hat Verf. die alte Desormeaux-Grünfeld'sche Methode der direkten Cystoskopie wieder aufgenommen und durch wesentliche Verbesserung des Instrumentariums anscheinend sehr günstige Erfolge erzielt, die ganz besonders auch von Delbet und Tuffier anerkannt worden sind. Die von L. verbesserte Methode der direkten Cystoskopie, deren technische Einzelheiten in der mit vielen Abbildungen versehenen Originalarbeit nachzulesen sind, bedeutet einen bemerkenswerten Fortschritt für die methodische Untersuchung der Blase, für die Katheterisation der Harnleiter und für die Behandlung von Blasenaffektionen (Cystitis, Geschwülste, Steine, Fremdkörper). **Paul Wagner** (Leipzig).

---

7) **H. D. Furniss.** Cystoscopy and ureteral catheterization in gynecology.

(New York med. record 1905. September 2.)

Die Wichtigkeit der Cystoskopie für den Gynäkologen wird von F. an verschiedenen Beispielen erläutert. Unter anderen betont Verf., daß eine Cystitis bei einer jungen Nullipara, wenn Gonorrhöe ausgeschlossen werden kann, immer auf Tuberkulose verdächtig sei.

Es hat wohl jeder, der sich mit diesem Gebiete beschäftigt, Gelegenheit, in der Praxis Fälle zu beobachten, bei denen die Frühdiagnose, z. B. der primären einseitigen Nierentuberkulose, für den Pat. erwünscht gewesen wäre. Es erscheint daher nicht überflüssig, wenn, wie Verf. dies bezweckt, auf den Nutzen der Cystoskopie nach dieser Richtung hingewiesen wird. **Loewenhardt** (Breslau).

8) **F. Cathelin.** Recherches sur la sécrétion et l'excrétion des reins malades.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Juli 15.)

Die Untersuchungen über die Sekretion kranker Nieren hat Verf. mit seinem Urinsegregator angestellt, dessen Vorzüge er wieder ganz besonders hervorhebt. Alle Einzelheiten müssen im Originale nachgelesen werden. **Paul Wagner** (Leipzig).

9) **Kolischer** and **Schmidt.** An attempt to adapt for clinical purpores, the test for electric conductividy of urine.

(Med. news 1905. August 5.)

Verff. machen den Versuch, eine neue funktionelle Nierendiagnostik zu begründen, die auf der Bestimmung der elektrischen Leitungsfähigkeit nach Injektion einer Indigkarminlösung beruht.

Bei den getrennt aufgefangenen Harnen werden folgende Resultate gewonnen:

Bei normaler Nierentätigkeit findet sich nach der Indigkarmininjektion eine Herabsetzung der Leitungsfähigkeit, welche 9 Ohm nicht überschreitet. War vor der Injektion eine Differenz des Leitungsvermögens bei den getrennt aufgefangenen Harnen zu verzeichnen, so besteht dieselbe auch nach der Injektion in demselben Verhältnis fort. Bei gestörter Nierenfunktion ist nach der Injektion eine vermehrte Leitungsfähigkeit zu verzeichnen. Steigt diese über 20 Ohm, dann fällt die Nierenerkrankung außerhalb des Bereiches chirurgischer Indikation. Normale Nieren, die vorübergehend in ihrer Funktion durch Infektionsherde der anderen Niere beeinträchtigt sind, haben einen Harn mit hohem Leitungsvermögen. Letzteres sinkt nach Elimination des Krankheitsherdes. Die Differenz vor und nach der Injektion beträgt als Maximum 9 Ohm.

Daß die Veränderung der Leitungsfähigkeit eine funktionelle ist, beweist die Tatsache, daß der Zusatz von Indigkarmin zum Harne nur eine leichte Verminderung des Leitungsvermögens verursacht, welche zu den durch die Injektion gewonnenen Resultaten in keiner Beziehung steht. **Hofmann** (Karlsruhe).

10) **M. S. Kakels** (New York). The present status of the different methods of estimating the functionating capacity of the kidney, with a brief account of chromocystoscopy and its uses.

(Amer. journ. of surgery 1905. August.)

Eine allgemeine Übersicht über die Methodik der Nierendiagnostik, soweit sie die Nierenfunktion und insbesondere die zweite funktionierende Niere festzustellen sucht. Die Chromocystoskopie nach Voelcker und Joseph wird für die sicherste, einfachste und praktischste Methode gehalten, sich von der Anwesenheit einer Niere resp. der zweiten Niere zu überzeugen. Für den Praktiker kommt daneben noch die Kryoskopie und die Phloridzinprobe in Betracht; nur von Laboratoriumsinteresse ist die Bestimmung der Toxizität und elektrischen Leitbarkeit des Urins. Zur Scheidung des Urins empfiehlt K. unbedingt den Ureterenkatheterismus.

In bezug auf die im Vordergrunde unseres Interesses stehende Frage von der Wertigkeit der Kryoskopie fixiert K. seinen Standpunkt dahin, daß diese Methode ein Mittel zur Bestimmung der Permeabilität der Nieren als Filter, aber nicht als Sekretionsorgan sei. Er erwähnt einen Fall von Stokman, der bei einem Kranken den Blutgefrierpunkt normal ($\delta = 0{,}55$), dabei aber die eine Niere ganz fehlend, die andere total tuberkulös zerstört fand. **Goebel** (Breslau).

---

11) **L. Imbert.** La fibrinurie.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. September 1.)

Verf. hat bereits 1902 zusammen mit Blaufus einen Fall von Fibrinurie beschrieben; seitdem hat er zwei neue Fälle beobachtet, die er ausführlich mitteilt.

Die Fibrinurie ist keine Krankheit sui generis, sondern sie ist nur ein Symptom, charakterisiert durch die Anwesenheit von Fibrin oder Fibrinogen im Urin, ohne daß dabei Hämaturie oder Chylurie vorhanden ist. Die Affektion scheint sehr selten zu sein; denn Verf. konnte außer seinen drei eigenen Beobachtungen nur noch neun, zum Teil nicht ganz einwandsfreie Fälle aus der Literatur sammeln. Die wesentlichen Symptome der Fibrinurie sind: Die Ausscheidung von fibrinösen Massen mit dem Urin und die spontane Koagulation des frisch gelassenen Urins. Gewöhnlich hängt die Fibrinurie mit einer Nierenaffektion zusammen; letztere kann verschiedener Art sein (toxische Nephritis, Amyloidniere, Pyelitis calculosa). Die Prognose der Fibrinurie hängt von der primären Nierenaffektion ab. Die Dianose ist gewöhnlich leicht; man muß natürlich an sog. falsche Fibrinurie denken, d. h. an Hämaturie und Chylurie. Die Behandlung ist rein symptomatisch. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

12) **H. A. Kelly.** The treatment of pyelitis.

(New York med. record 1905. April 8.)

Wenn auch frische Pyelitiden spontan oder durch innere Medikation häufig ausheilen, gehen diese Leiden doch besonders bei irgendeiner kleinen Retention im Nierenbecken meist in die chronische Form über. Es bilden daher auch milde derartige Katarrhe ein äußerst wichtiges Gebiet für die Frühbehandlung, einmal wegen der schweren Folgezustände, wie Pyelonephritis usw., und dann wegen der außerordentlich erfolgreichen Lokalbehandlung.

Die Beseitigung kleiner mechanischer Hindernisse im Harnleiter, die Irrigation des Nierenbeckens, Instillation mit Borsäure und Silbernitrat, schließlich operative Eingriffe in die Nieren spielen im Behandlungsplane eine Rolle, wenn Ruhe, Flüssigkeiten und Urotropin oder Salol nicht zum Ziele führten. **Loewenhardt** (Breslau).

---

13) **K. Lichtenauer.** Sollen wir die Reimplantation des Ureters intra- oder extraperitoneal vornehmen?

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXII. Hft. 3.)

Bei einem Rezidiv nach vaginaler Uterusexstirpation, das abdominal entfernt wurde, mußte der linke Harnleiter reseziert werden und wurde in der von Fritsch (Stoeckel) angegebenen Methode in die Blase eingepflanzt. Übernähung des Wundbettes mit Peritoneum. Der Haltefaden blieb 3 Wochen liegen, inkrustierte sich dick und bedingte eine starke Cystitis, die unter Spülungen heilte. Die spätere cystoskopische Untersuchung ergab eine weit über das Niveau der Blasenschleimhaut vorragende Harnleitermündung. Der Harnleiter sezernierte gut, wie eine Katheterisation des normalen, rechten Harnleiters ergab, bei der trotzdem die Blase gefüllt wurde.

L. polemisiert im Anschluß an diesen Fall gegen die Stoeckelsche Kritik seiner früheren Arbeit und betont, daß es ganz auf den einzelnen Fall ankomme, ob das extra- oder intraperitoneale Vorgehen indiziert sei. Mit Stoeckel hält er für den springenden Punkt bei der Harnleitereinpflanzung das »überschüssige« Hineinziehen des Harnleiters in die Blase, das ein Analogon hat in der von Bardenheuer inaugurierten Vermeidung späterer Strikturen bei der Penisamputation durch überschüssiges Stehenlassen der Harnröhrenschleimhaut, die sich eben dann rosettenartig nach außen aufrollt. Die von L. früher vorgeschlagene Spaltung des Harnleiters dürfte vielleicht auch in diesem Sinne günstig wirken. **Goebel** (Breslau).

---

14) **P. Rissmann.** Zur abdominalen Ureterimplantation.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXII. Hft. 3.)

Eine kritische Durchsicht der bisher mit der Ureterimplantation erreichten Resultate befriedigt R. nicht, der primäre glänzende Erfolg hält auf die Dauer nicht Stand, von den Operateuren sind allzu

häufig zum Schaden der Kranken die Experimente Hermann's, Heidenhain's und Lindemann's vergessen, die lehren, daß schon ein geringer Druck auf den Harnleiter oder Druckerhöhungen in ihm den Urin quantitativ und qualitativ beeinflussen. In einem Falle von Harnleiterfistel nach vaginaler Totalexstirpation wegen Karzinom machte R. eine Modifikation, indem er den Harnleiter klarinettenschnabelförmig anfrischte, so daß also die in die Blase mündende Lichtung weniger leicht narbig verengt werden konnte. Die Blase wurde auf einer Sonde nach der rechten Beckenschaufel verschoben und hier fixiert, der Harnleiter durch ein Loch in die Blase vorgeschoben und durch ein anderes, etwa 3 cm medial von der ersten Inzision wieder herausgeführt. Hier wird das zugeschnittene spitze Harnleiterende fixiert, die Öffnung der Blase geschlossen. Das erste Blasenloch wird nur beiderseits vom Harnleiter, ohne ihn mitzufassen, verengt. Dadurch wird eine Verengerung der Harnleiterlichtung durch Nähte vermieden.

R. betont die Sondierung des Harnleiters vor der Einpflanzung, die mikroskopische und chemische Untersuchung des aus dem Harnleiterkatheter fließenden Urins, da selbst scheinbar klares Spritzen nichts beweist — in seinem Fall entleerte sich klarer Urin, und trotzdem fand sich bei der nach 3 Tagen verstorbenen Pat. Pyonephritis —, und den Vorzug einer Nephrektomie, die seine Pat. und wohl auch andere vielleicht gerettet und rascher zur Genesung gebracht hätte. Jedenfalls ist diese radikale Operation öfter bei länger dauernden Fisteln indiziert. An der Lichtenauer'schen Methode der Spaltung des in die Blase gezogenen Harnleiters bemängelt R. die nicht verläßliche Vereinigung des Harnleiters mit der Blasenschleimhaut.

Goebel (Breslau).

---

15) **H. Schüller.** Kasuistisches zur Frage der sog. essentiellen Nierenblutung.

(Wiener klin. Rundschau 1905. Nr. 13.)

Verf. beschreibt einige hierher gehörige Fälle und kommt zu dem Ergebnis, daß der »essentiellen Hämaturie« doch wohl im allgemeinen eine Nephritis zugrunde liegt. Wesentlich in seiner Besprechung ist die Auffassung, daß einseitige Hämaturie jedoch nicht auf nur einseitige Erkrankung schließen lassen darf; die krankhaften Veränderungen des Urins können trotz bestehender Parenchymerkrankung fehlen, und gerade manchmal nur einseitig fehlen, so daß bedenkliche Trugschlüsse möglich sind.

Schmieden (Bonn).

---

16) **T. Jonescu** (Bukarest). Die Nephropexie. Ein neuer operativer Vorgang.

(Revista de chir. 1905. Juli.)

Nach den Resultaten der Tierexperimente und den am Menschen ausgeführten Operationen ist Verf. zu folgender Methode der Fixation

bei Wanderniere gelangt, und sind die damit erzielten Erfolge sehr gute. Zur Vornahme des Eingriffes wird Pat. in Seitenlage, auf der gesunden Seite liegend, gebracht und der Schnitt vom äußeren Rande der Sacrolumbalmuskulatur, längs der 12. Rippe, und falls dieselbe zu kurz ist, auch auf die 11. Rippe übergehend, in einer Totallänge von 15—16 cm, ausgeführt. Nach Durchtrennung der Transversusaponeurose wird die Niere aufgesucht, nach außen gebracht und durch einen längs des konvexen Randes von einem Nierenpole bis zum anderen gehenden Schnitt die Nierenkapsel durchtrennt und bis zur Nierenmitte abpräpariert; die derart erhaltenen Lappen werden dann über die andere Nierenhälfte gezogen. Nun werden zwei Silberdrähte in der Nähe des oberen und unteren Nierenendes durch Haut, Muskulatur, gedoppelte Nierenkapsel, Niere, gegenüberliegende gedoppelte Nierenkapsel und um die entsprechende Rippe, ohne aber die Haut an dieser Stelle zu durchdringen, geführt, um die Niere geschlungen und etwa $1^1/_2$ cm weit von der ursprünglichen Einstichsöffnung wieder an die Hautoberfläche gebracht. Die Fäden werden mäßig angezogen und über einer Gazerolle eingedreht. Haut und Muskulatur werden durch Achtertouren von Crin de Florence geschlossen. Letztere werden nach 6 und erstere nach 11 Tagen entfernt; hierzu wird der durch das Nierenparenchym geführte Silberfaden nahe der Hautoberfläche durchschnitten und der Zug nur auf das oberflächlich gelegene Ende ausgeübt, wodurch der Schmerz bei der Entfernung auf ein Minimum reduziert wird. **E. Toff** (Braila).

---

17) **R. Cecca.** Sulla patogenesi dell' idrocele volgare.

(**Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905. Nr. 108.**)

Verf. nahm Stücke der Tunica vaginalis, welche er aus Hydrokelen oder von Hunden und ganz frischen Leichen gewonnen hatte, oder auch Peritonealserosa, vornehmlich aus Bruchsäcken, befreite sie von Fett und anhängendem Gewebe, wusch sie von beiden Seiten mit physiologischer Kochsalzlösung und spannte sie über Gläsern oder sackartig aus. Alsdann füllte er sie mit Flüssigkeit von bestimmter Konzentration oder natürlicher Hydrokelenflüssigkeit, während sich auf der anderen Seite Flüssigkeit von andersartiger Konzentration befand. Nach 1—4 Stunden wurden die Flüssigkeiten beiderseits volumetrisch, kryoskopisch und chemisch untersucht. Hierbei zeigte sich nun, daß die Hydrokelenvaginalis sich nicht wie eine diffundierende Membran verhält und den Übergang der Salze mit der Hydrokelenflüssigkeit nicht gestattet. Zahlreiche Versuche an Bruchsäcken erwiesen, daß gleiche osmotische Eigenschaften ziemlich häufig an einzelnen Stellen des parietalen Bauchfells vorkommen können. **Dreyer** (Köln).

Kleinere Mitteilungen.

18) I. Kongreß der internationalen Gesellschaft für Chirurgie zu Brüssel, 18.—22. September 1905[1].

I. Sitzung am 18. September 1905.

Bedeutung der Blutuntersuchung für die Chirurgie.

1. Ref. Depage (Brüssel) gibt auf 128 Druckseiten mit 310 Literaturangaben und einer semiologischen Tabelle fast erschöpfend eine Darstellung der Blutphysiologie, der Untersuchungstechnik mit eingehender Beschreibung der Apparate, und schließlich der speziellen Diagnostik, ein Sammelreferat im Sinne des Wortes. Die Eigenschaften des Gesamtblutes — Gerinnung, Gefrierpunkt —, des Serums — spez. Gewicht, Färbung, agglutinierende Fähigkeiten —, der roten Blutkörperchen — Zahl, Hämoglobingehalt —, der weißen Blutzellen — Formen, Frequenz im Blute, Prozentverhältnisse der Unterarten usw. — werden bezüglich ihres diagnostischen Wertes für die Chirurgie geprüft.

Aus den sehr zahlreichen Einzelheiten kann nur einiges von Wichtigkeit hier wiedergegeben werden:

Bei der stets zunehmenden Erkenntnis der Wechselwirkung zwischen Neubildungen, Infektionen, Traumen und den Veränderungen im Blute, besonders der geformten Bestandteile, muß jeder Arzt sich ein Urteil zu bilden und die Technik für die landläufigsten Untersuchungen zu erlernen suchen. Während die meisten von ihnen ein gutes Laboratorium verlangen, lassen sich andere — Zählung der weißen Blutkörperchen, Schätzung des Hämoglobins, Gerinnungsdauer, Jodophilie — mit einfachen Mitteln von jedem Arzte ausführen. Die Ergebnisse einzeln für sich beanspruchen wenig klinischen Wert, wohl aber die zusammenfassende und vergleichende Beurteilung mehrerer: wie z. B. polynukleäre Leukocytose, mit Jodophilie und vermehrtem Fibringehalte vereinigt, ziemlich sicher auf Eiterbildung deuten. Die Kryoskopie ist nach D. nicht imstande, für oder gegen eine Nephrektomie zu entscheiden; als Erkennungsmittel drohender Urämie kann sie gute Dienste leisten. Die Serodiagnostik ist für Tuberkulose nicht zu verwenden. Widal fehlt selten bei Typhus, kann jedoch bei anderen, z. B. eitrigen, Infektionen (Otitis media) vorhanden sein.

Die Jodophilie gibt uns keinen Aufschluß über das Vorhandensein von Eiter; sie begleitet im allgemeinen entzündliche Prozesse.

Die lebhafte Vermehrung der polynukleären Leukocyten ist eine Folge der Reaktion des Organismus auf Infektionen; als Kurve begleitet sie im allgemeinen die Temperatur; wichtig ist nicht nur die Steigerung der Leukocytenzahl, sondern auch die Verschiebung der Prozentverhältnisse in der Zusammenstellung der verschiedenen Arten weißer Blutkörperchen. So spricht Vermehrung der Eosinophilen für Anchylostomum, gegen perniciöse Anämie; für Echinokokken, gegen bösartige Geschwulst; ihr Wiederauftreten in größerer Menge bei Infektionskrankheiten ist günstig zu deuten. Die Zahlenverhältnisse der Polynukleären bei Typhus und Appendicitis sind bekannt. Ansteigen der Leukocytenkurve bei Typhus deutet auf Perforation.

Schließlich bespricht D. noch das Vorkommen von Bakterien im Blut; er mißt ihm keine prognostische Bedeutung bei; für die Diagnose kann der Nachweis von Mikroben im Blute sehr wertvoll sein.

2. Ortiz de la Torre (Madrid) beschränkt sich auf die rein praktische Betrachtung der Blutuntersuchung, deren große Kompliziertheit ihrer Verallgemeinerung entgegenstehe.

---

[1] Bei der Aufstellung dieses Berichtes sind wiederholt die Auszüge benutzt, die L. Mayer (Brüssel) für den Kongreß vorbereitet hatte.

Er betont, daß die Leukocytose als Reaktion auf die Infektion, die Verminderung des Hämoglobingehaltes als der Ausdruck der Schädigung des Organismus zu betrachten sei, die nach Ablauf der Krankheit zurückblieb. Es kann also vorkommen; daß eine schwer einsetzende Infektion kaum eine bemerkenswerte Steigerung der Leukocytenzahl erzeugt, und der Hämoglobingehalt doch auf 30—40% heruntergeht. Dem Redner ist aufgefallen, daß die polynukleären Neutrophilen, die während der Infektion 75—90% der Gesamtleukocytenzahl ausmachten, eine reichliche Granulierung erkennen lassen, die mit Ehrlich's Triacid violette Töne annehmen, während sie sich beim Auftreten der Eosinophilen auch durch lebhafte Eosinfärbung auszeichnen; die Deutung dieser Erscheinung erhofft er von weiteren Beobachtungen. Eine Förderung der Blutdiagnostik erwartet er von der Zugrundelegung individueller Blutformeln für die Beurteilung des Entwicklungsganges der Infektionen. Speziell ist ihm bei Appendicitis eine niedrige Leukocytose bei gleichzeitig geringem Hämoglobingehalt Indikation zu schnellem Eingriffe.

3. Sonnenburg (Berlin) beschäftigt sich in seinem Berichte fast ausschließlich mit der Leukocytose und dem Bakteriengehalte des Blutes, da von anderer Seite ausführlich über die sonstigen Ergebnisse der Blutuntersuchung gesprochen werde.

Die Vermehrung der Leukocyten hängt ab: 1) von der Virulenz der Infektion, nicht so vom Infektionserreger; 2) der individuellen Reaktion hierauf; 3) von den örtlichen Verhältnissen der Infektion. Deshalb eignet sich besonders die Appendicitis mit der einhergehenden Peritonitis zum Studium der Infektionsleukocytose. Bei dieser Erkrankung soll, ebenso wie von Temperatur und Puls, die mitunter keine deutlichen Schlüsse auf die Krankheitsentwicklung gestatten, die Leukocytenkurve angelegt werden; man würde vielleicht in die Lage kommen, für bestimmte Formen der Appendicitis charakteristische Kurven aufzustellen. Niedere Leukocytenzahlen bei ernsten klinischen Symptomen, desgleichen exorbitante Vermehrung (bis 100000) sind ernste Zeichen: im ersten Falle fehlt die Energie der Reaktion, im zweiten Falle besteht foudroyante Vergiftung. Mäßige Leukocytosen werden durch ganz aseptische Operationen erzeugt, auch durch die Vorbereitungen und das Chloroform; das Fehlen der Leukocytose ist differentiell diagnostisch zu verwenden, wo zwischen Typhus, Bleikolik und Appendicitis zu scheiden ist.

Die Feststellung von Bakterien im Blute kann bei Folgezuständen der Cholecystitis wegen des Hinweises auf cholangitische Abszesse zur Enthaltung vom Eingriffe mahnen, bei Phlegmonen zur Vornahme der Amputation veranlassen, wenn tägliche Untersuchungen immer wieder Keime im Blute verraten. Das Eintreten der Eitererreger ins Blut wird begünstigt durch den Gebrauch des scharfen Löffels bei Furunkeln, Phlegmonen, Osteomyelitis und häufig durch das Bougieren.

4. Keen (Philadelphia) geht näher auf die Gerinnung des Blutes und ihre Bewertung für chirurgische Zwecke ein, betont, daß die Neigung intravaskulärer Gerinnung, welche im Endstadium des Typhus ihren Ausdruck in Thrombenbildung findet, vom Fibringehalte, die extravaskuläre von den Blutplättchen abhängt.

Eine Verzögerung der Blutgerinnung durch Ikterus hat er nicht feststellen können.

Die Jodophilie, an sich kein sicheres Zeichen für Eiterbildung, wird es bei gleichzeitiger Leukocytose; sie dient jedoch zur Unterscheidung zwischen Arthritis und Osteomyelitis, tuberkulöser und Kokkeneiterung. Eosinophilie wird bei Trichinosis und Echinokokken beobachtet.

Für K. ist bei Hämoglobingehalt von 40% und darunter die Chloroformnarkose nicht mehr anwendbar.

Am Schluß des Referats über die einzelnen Punkte des Themas gibt K. eine Tabelle persönlicher Befunde bei den wichtigsten chirurgischen Erkrankungen.

Diskussion: Peugniez (Amiens) hat in zwei Fällen Banti'scher Krankheit die Beobachtung gemacht, daß das Blut der Fingerbeere mehr polynukleäre Zellen enthielt als das der Milz; hier scheinen die mononukleären zurückgehalten zu werden. Die polynukleären, mit hämolytischen Produkten der Milz beladen, übten einen Reiz auf die Leber aus, welche mit Cirrhose erwidere.

Rouffart (Brüssel) bespricht die hämologischen Gesichtspunkte in der Gynäkologie; Myome, Aborte, Polypen führen zu Anämie ohne Leukocytose; die klinischen Symptome sind hier allein ausschlaggebend. Da eine erhebliche Leukocytose bzw. eine charakteristische Kurve für puerperale Infektion auch nach den Arbeiten von Caston und Lemoine noch nicht besteht, ist auch hier das Thermometer und der sonstige Befund maßgebend. Jedenfalls gibt die Blutuntersuchung noch keine Indikation für die Hysterektomie bei Sepsis puerperalis.

Legrand (Alexandrien). Bei Leberabszessen übertreffen meist die Leukocytenzahlen — die sich auch nur auf polynukleäre beziehen — die bisher angegebenen. 22 Fälle hat L. genauer untersucht und eine Vermehrung von 16—32000 gefunden. Dagegen belief sich die Menge der Polynukleären nur auf 5000 bei einem sehr geschwächten Individuum, das doch geheilt wurde, und einmal fanden sich 50000, aber kein Abszeß. Man gebe also nicht zu viel auf diese Untersuchung.

Gross (Nancy) untersuchte in den 2 Tagen, die auf Operationen folgten, die unter gleichen Bedingungen ausgeführt waren, die Urine und fand ziemlich konstante Vermehrung der Stickstoffausscheidung. Sie kommt seiner Ansicht nach zustande durch Nukleinzerfall, wodurch Xanthinbasen und Harnsäure frei werden. Veranlassung dazu gibt die postoperative Leukocytose.

Diese faßt auch er als die Reaktion des Organismus auf; sie ist abhängig von der Energie des Organismus und dem Grade der Infektion.

II. Sitzung am 19. September 1905.

I. Behandlung der Prostatahypertrophie.

1. v. Rydygier (Lemberg) beschreibt seine Methode perinealer Prostatektomie mit Erhaltung einer periurethralen Zone von etwa 1 cm Durchmesser. Die Operation gestattet den Kranken, schon nach 4—8 Tagen das Bett zu verlassen; die Bildung von Fisteln wird nie beobachtet, es sei denn, daß man absichtlich bei Gegenwart von Steinen die Harnröhre inzidiert, beziehentlich zu Drainagezwecken, oder um von hier aus den Mittellappen zu entfernen, falls ihn die Cystoskopie nachgewiesen hat. Die einfache Inzision der Prostata mit Entfernung kleiner Teile genüge nicht, wo Abszesse und Konkremente vorhanden seien. Seine Methode gestattet die Erhaltung der Potenz.

2. Harrison (London) spricht sich im allgemeinen für schonendes Individualisieren aus. Wo das Einführen des Katheters gut vertragen werde und nicht schmerze, sei dies immer noch eine vorzügliche Methode; für noch frische Fälle möge man auch die Vasektomie nicht ganz verwerfen; Resultate von 10jähriger Dauer seien ihm bekannt. Verlangten jedoch schwere Cystitis und drohende aufsteigende Infektion die operative Heilung, sei die vesikale Abtragung des Mittellappens oder auch die digitale Ausschälung der ganzen Prostata zu empfehlen. H. berechnet für die beiden Methoden — vesikale und perineale — die gleiche Sterblichkeit von etwa 10%. Der perinealen aber wirft er die Vernichtung der Potenz und die Erzeugung von Inkontinenz vor.

3. Rovsing (Kopenhagen) wendet sich mit noch größerer Entschiedenheit gegen die totale Prostatektomie, besonders vom Damme her; man dürfte die vergrößerte Vorsteherdrüse nicht wie eine bösartige Geschwulst behandeln; etwa 80% der älteren Männer mit Hypertrophie der Prostata verspürten überhaupt keine Störungen. Vasektomie, die er 70mal mit 60% Heilungen, 30% Besserungen ohne Narkose ausgeführt habe, vesikale Prostatektomia partialis, event. totalis, endlich Cystostomia suprapubica hätten alle ihre Indikationen, wo ein meist gut vertragenes Katheterleben nicht möglich sei. Die Resektion der Vasa deferentia hat als Kontraindikation 1) ausgebildeten Mittellappen, 2) fibröse Prostata. Versagt ihre Wirkung oder tritt Rückfall ein, sind die anderen Operationen berechtigt, die totale Ausschälung nach Freyer jedoch nur bei Verdacht auf Bösartigkeit. R. begründet sodann physiologisch den Wert der Prostatafunktion, deren Erhaltung für Männer von 40—50 Jahren von großer Bedeutung sei, und zieht dann einen Vergleich zwischen vesikaler und perinealer Prostatektomie. Für die letztere könne

nur die bessere Drainage angeführt werden; doch sei die Blase keine starre Wundhöhle, sondern vermöge sich durch eigene Kontraktion auch durch den Vertex zu entleeren.

Bei perinealer Operation werde der Blasenteil der Prostata ohne Kontrolle der Augen entfernt; um an den oft allein zu entfernenden Mittellappen zu gelangen, müsse man sich durch die ganze Drüse heranarbeiten, wobei recht häufig höchst unangenehme Nebenverletzungen — besonders des Mastdarmes — gesetzt würden. R. bringt dann noch einige Literaturangaben zur Stütze seiner Ausführungen.

Diskussion: Legueu (Paris) betrachtet die perineale Prostatektomie für die allein heilende; die Erfolge — sie bleiben nur in 25% teilweise aus — sind für mehrere Jahre gut. Freilich ist die Operation nicht immer leicht. Bei unvollständiger Retention, wo die Kranken sich unregelmäßig katheterisieren, ist die Blasenkontraktion schlechter, daher auch die Erfolge: $^1/_3$ gut, $^1/_3$ Mißerfolg. Bei akuter Retention käme man mit jeder Behandlung aus; bei Wiederholung aber warte man nicht die zu große Erschlaffung der Blase ab.

L. hat auch die Freyer'sche Operation versucht, aber von sechs Operierten drei an Sepsis verloren. Dagegen erlebte er bei 44 perinealen Ektomien nur vier Todesfälle; die oft langwierigen Fisteln seien freilich eine unangenehme Zugabe; die verloren gegebene Potenz könne sich wieder herstellen.

Hartmann (Paris) berichtet über 56 Fälle vesikaler Prostatektomie, die er fast ausschließlich anwendet; sie hat den Vorzug der Schnelligkeit. Die Prostata wird vom Mastdarm aus hochgedrängt, mit den Fingern ausgeschält. Nebenverletzungen werden vermieden, die Harnentleerung wird normal, Infiltration braucht trotz Fieber nicht einzutreten; er hat 5 = 9% Todesfälle.

Carlier (Lille) findet, daß perineale und vesikale Prostatektomien gleich gute Erfolge ergaben; trotzdem bevorzuge er die vesikale wegen ihrer Leichtigkeit; besonders ist sie indiziert bei langer, harter Prostata, sehr entwickeltem Mittellappen mit Stiel, bei Anwesenheit von Steinen, bei langen, dicken Leuten.

Demosthen (Bukarest) teilt ausführlich einen Fall von alter Retention mit, der in desolatem Zustande durch suprapubische Vesikalfistel gerettet wurde und sich erstaunlich erholt hat.

Freudenberg (Berlin) wendet sich gegen die Behauptung Rovsing's, es hätten die Anhänger der Bottini'schen galvanokaustischen Diszision sie ohne Schwertstreich aufgegeben. An der Hand von 152 von ihm nach Bottini behandelten Prostatahypertrophien weist er nach, daß sie mit den anderen Methoden konkurrieren könne. Erstlich operiere er keine akuten Retentionen; seine Pat. seien im Durchschnitt 65 Jahre alt, also habe er relativ ungünstige Fälle der Behandlung unterzogen; trotzdem habe er 84,9% gute Resultate, 7,9% Mißerfolge und 7,2% Todesfälle. Vom ersten bis letzten Drittel seiner Serien haben sich die Erfolge um 24% gehoben, die Todesfälle um 8% vermindert. Nach seiner Ansicht sei die Bottini'sche Methode anzuwenden bei sehr schwachen, dann auch bei jungen Pat., die auf Erhaltung der Potenz bedacht sind, bei nicht zu großer Prostata.

Große Vorsteherdrüsen, stark entwickelte, gestielte Mittellappen eignen sich mehr für Ektomie; die vesikale sei vorzuziehen; bei perinealer müsse man die Pat. auf den Verlust der Potenz vorbereiten.

Verhoogen (Brüssel) verfügt über 45 Prostatektomien und glaubt, daß ebensowohl die leichtere vesikale, als die mitunter recht gefährliche perineale Methode ihre Indikationen hätten, was durch Cystoskopie und Tuschieren entschieden würde. Die Hauptsache sei totale Entfernung zur Vermeidung der Rückfälle; wurde Harnröhre mit reseziert, käme die Blase durch Herabsinken entgegen, um die Kontinuität und auch die Kontinenz herzustellen. Besonders empfiehlt V. die Bauchlage nach Depage.

Klapp (Bonn) empfiehlt die Lumbalanästhesie mit Paranephrin-Stovain; 16 Prostatektomien wurden so ausgeführt, mit zwei Todesfällen an Ileus bzw. Blutung; Pneumonien bis jetzt nicht beobachtet.

Kümmell (Hamburg) ist, nachdem er, mit der Zeit gehend, die übrigen Operationen (Kastration, Bier'sche Operation, Bottini, partielle Resektion) versucht hat, nun seit 2 Jahren zur Radikaloperation übergegangen, führt sie jedoch nur bei kompletter Retention aus. Von 25 Fällen wurden 10 perineal — mit Medullar-Stovainanästhesie — 15 transvesikal operiert. Bei zu großer Blasenschwäche empfiehlt er die Bottini'sche Methode.

Albarran (Paris) ist auch zum Anhänger der Radikaloperation, und zwar der perinealen Prostatektomie geworden, die er bei chronischer Retention, schwierigem Katheterismus, Steinen, Blutungen, bzw. Pyelonephritis jeder anderen Methode vorzieht. Er hat nach ihr 73mal mit drei Todesfällen operiert; doch eignet sie sich nicht für schlaffe Blasen mit großem Residuum. Den Verlust der Potenz schiebt A. auf den Wegfall der Harnröhrenschleimhaut der Pars membranacea; das komme auch bei transvesikaler Operation zustande. Mastdarmfisteln müsse man zu vermeiden lernen. Blasenfisteln können allerdings zurückbleiben, während Inkontinenz schwindet. Die Prostatektomia hypogastrica eignet sich nur für die Drüsen mit vorragendem Mittellappen. Die so von ihm Operierten sind auch geheilt, aber mit schweren Erscheinungen. Bottini, Vasektomie und Cystostomie geben keine Dauerresultate, bzw. eignen sich nur zum Notbehelf.

Jaffé (Posen) protestiert gegen Frühoperationen; der Wille des Kranken soll maßgebend bleiben für die Wahl der Methode seiner Behandlung, zumal über die Rolle der Prostata bei der Retention noch keine volle Klarheit herrsche: Weder Mittellappen noch Hypertrophie allein für sich reichen zur Erklärung aus, und sind nicht identisch mit dem Katheterhindernis. Bei den nicht unwesentlichen Klippen der perinealen Prostatektomie ziehe er die vesikale vor.

Doch habe der Bottini noch seine Indikationen: 1) bei deutlichen Schwierigkeiten der Entleerung im Blasenausgange, kurzer Prostata; 2) bei den schmerzhaften Sphinkterkrämpfen. Man solle nicht zu lange Inzisionen machen. Die Fälle, bei denen nach 8—10 Tagen etwas Inkontinenz eintritt, geben die beste Prognose.

Giordano (Venedig) spricht für die Bottini'sche Methode, die zum wenigsten 50% Heilungen ergebe, sich für jüngere Männer eigne, weil sie nicht die Potenz gefährde und im Notfalle wiederholt werden könne. Nur selten führt er die Ektomie aus, und zwar auf dem kürzesten Weg, auch bei Steinen: nämlich perineal.

Delagénière (le Mans) hat die perineale Ektomie 16mal mit fünf Todesfällen ausgeführt; sie ist also eine ernste Operation. Außerdem behielt ein Kranker eine Fistel, ein anderer eine Striktur; bei einem dritten blieb ein Stein zurück, der später mittels Sectio alta entfernt werden mußte. D. hat sich nun folgender Methode zugewendet: Vom Damme her wird die Ausschälung vorbereitet, dann transvesikal jeder Lappen durch besonderen Schleimhautschnitt entfernt, und diese mit je einer Pezzer'schen Sonde nach unten drainiert.

Frank (Berlin) wirft der Bottinioperation vor, daß die Wundränder nach der Inzision sich dachziegelförmig übereinanderlegen, und event. die Wundfläche nach Eliminierung des Brandschorfs sich doch infiziere.

v. Rydygier (Schlußwort) hat bei seiner Methode keine partielle Resektion im Auge, sondern will die Lappen in toto entfernt wissen. Nur das die Harnröhre einschließende Prostatagewebe erhält er.

II. Diagnose der chirurgischen Nierenkrankheiten.

1. Ref. Albarran (Paris). Die Vorlesung bzw. Resümierung der drei Referate fällt aus wegen Zeitmangels. Hier kann auf dieselben nicht verzichtet werden, zumal das von A. die volle Beachtung verdient. Seiner Disposition entsprechend sei das Wichtigste Punkt für Punkt erwähnt: 1) Beurteilung der Gesamt-Nierenfunktion. Es wird besonders der Wert der Kryoskopie besprochen und hervorgehoben, daß nicht die Nierenfunktion allein für den Gefrierpunkt des Blutes ausschlaggebend ist; Herzleiden, epileptische Anfälle, Diabetes drücken ihn herab; somit kann Δ niedriger als 0,58—0,60 nicht als Kontraindikation gegen chirurgische Eingriffe gelten; andererseits verbürgt $\Delta = 0{,}56$ die Nierensuffizienz nicht (Israel, Bernard, Wiebrecht). Bei der Methylenblauprobe deutet eine Ver-

zögerung der Ausscheidung nicht mit Sicherheit Insuffizienz an, und ebenso schließt eine minimale Zuckerabscheidung bei der Phloridzinprobe (0,005 subkutan) normale Nierenfunktion nicht aus. Somit ist nur ein übereinstimmendes Ergebnis dieser Untersuchungen mit Zuhilfenahme der chemischen Analyse — Gesamtharnstoff in 24 Stunden, Eiweißbestimmung —, d. h. wenn alle ein gleichsinniges Ergebnis haben — von Belang. 2) Differentialdiagnose zwischen Nierenerkrankung und solcher der Nachbarorgane. Von den bekannten Verwechslungen mit den verschiedensten Geschwülsten abgesehen sei nur hingewiesen auf A.'s Methode, bei schmerzhaften Nephroptosen ohne sonstigen Anhalt durch den Harnleiterkatheter steriles Wasser ins Becken zu injizieren, bis der Kranke Schmerz anzeigt. Dies geschieht meist bei 10—15 ccm; bei Nephroptose mit Beckenerweiterung muß man mehr einbringen. 3) Die Differentialdiagnose zwischen Blasen- und Nierenleiden entscheidet die Cystoskopie bzw. der Harnleiterkatheterismus, desgleichen 4) die Frage, welche Niere erkrankt ist. 5) Auf große Schwierigkeiten kann die Untersuchung stoßen, ob eine oder beide Nieren krank sind; denn die Gesamtfunktion kann ausreichend sein, während beide Nieren krank, und jede für sich insuffizient sei; und andererseits vermag eine kranke Niere die andere, gesunde, funktionell derart zu beeinflussen, daß sie insuffizient erscheint, z. B. bei Karzinom, wo die Stickstoffausscheidung herabgesetzt ist. Die Lehre (Tuffier): »wenn wir von einer Niere wissen, daß sie krank ist, und die Gesamtfunktion ist normal, so ist die andere Niere gesund«, in dieser Allgemeinheit ist falsch. Es ist erforderlich, 6) den funktionellen Wert jeder Niere für sich zu bestimmen; und auch hier ist es nötig, die Fragen noch enger zu präzisieren: Wie funktioniert jede der beiden Nieren für sich? Wie im Vergleich zur andern? Wieweit ist die eine befähigt, die andere zu ersetzen? Bei der Unmöglichkeit, auf die zahlreichen Einzelheiten der Untersuchungen A.'s einzugehen sei als wichtig bezüglich der Nierenphysiologie hervorgehoben, daß im allgemeinen die gesunde Niere alternierend, jede für sich mit Schwankungen in der Menge und Dichtigkeit des in gleichen Zeiträumen abgesonderten Urins arbeiten; daß die Sekretion der kranken monoton, gleichmäßig verläuft.

Um die Funktionstüchtigkeit einer Niere am besten beurteilen zu können, bedient sich A. der künstlichen Polyurie. Die über mehrere Stunden ausgedehnte Beobachtung der Ausscheidung gestattet einen recht sicheren Schluß, wie weit die Niere sich gesteigerter Anforderung anzupassen vermag.

2. Ref. Kümmell (Hamburg). Die Ausführungen des Ref. können als vom XXXIV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie bekannt vorausgesetzt werden; er verteidigt seinen Standpunkt bezüglich der Sicherheit der Kryoskopie des Blutes für die Niereninsuffizienz; doch sei noch hinzugefügt, daß nach seinen Erfahrungen jeder Nierenstein auf einer guten Röntgenplatte bei Beobachtung der erforderlichen technischen Maßnahmen sichtbar wird, daß andererseits beim Fehlen eines Nierensteinschattens kein Konkrement vorhanden ist.

3. Ref. Giordano (Venedig) bemüht sich, die klinische Nierendiagnostik in empfehlende Erinnerung zu bringen, wobei er auf die von ihm beschriebene Nierentastung in Trendelenburg'scher Lage, sowie die Massage des Nierenbeckens zu diagnostischen Zwecken hinweist. Die nervösen Einflüsse auf die Nierensekretion, die Strangurie appendiculaire, die Druckpunkte auf Harnleiter usw. (Bazy) werden den modernen Untersuchungen entgegengehalten, die G. lediglich als diagnostische Hilfsmittel betrachtet.

Diskussion: Bazy (Paris) schließt sich in der Betonung der alten klinischen Untersuchungsmethoden, zu deren Ausbau er manches beigetragen, Giordano an. Die frühzeitige Erkennung sei das Ideal, sowie größter Heilerfolg mit geringsten Unbequemlichkeiten. Weist hin auf die Polakiurie nocturne bei Pyelitis, die Notwendigkeit der Harnleiterpalpation, den »Point parombilical« zur Unterscheidung von Appendicitisreizungen.

Legueu (Paris) spricht der klinischen Untersuchung die große Bedeutung ab; auch die Kryoskopie des Blutes genüge nicht. Wohl sei der Harnleiterkatheteris-

mus die sicherste Untersuchungsmethode, doch genüge die Separation des Urins in der Blase völlig für die Praxis. In etwa 53 Fällen hat er damit ganz eindeutige Resultate erzielt. In 12 anderen, die nicht genügten, hat auch der Harnleiterkatheterismus nichts Besseres ergeben.

Kapsammer (Wien) hält die Untersuchung mittels Harnleiterkatheterismus für die ideale und verfügt über 800 Untersuchungsergebnisse. Die Separation mit Harnscheidern sei ein Verlegenheits-, kein Auskunftsmittel, und leiste nichts bei kranker Blase. Die bisher üblichen klinischen Methoden gestatten keine Frühdiagnosen, seien also nicht mehr zeitgemäß. Im allgemeinen müsse man sagen: eine Funktionsstörung von gewisser Größe setze anatomische Schädigung voraus. Albarran's Methode der funktionellen Nierendiagnostik (künstliche Polyurie usw.) sei zu schwierig; für die Praxis genügt die Indigkarmin- und Phloridzinprobe. K. benutzt zur Einspritzung 0,01 Phloridzin und beobachtet — 10 Minuten danach beginnend — die Zuckerausscheidung. Es besteht eine direkte Proportion zwischen Läsion und Eintritt der Ausscheidung. Nur die parenchymatöse Nephritis macht eine Ausnahme.

Hannecart (Brüssel) legt besonderen Wert auf die radiographische Untersuchung, die ihm 14mal positive Resultate ergab in 39 Fällen; die Kranken nehmen den Vorschlag zur Operation leichter an. Fehler lassen sich durch Wiederholung der Aufnahme vermeiden.

Hartmann (Paris) hält Legueu und Bazy für extrem: beide — Klinik und moderne Untersuchungstechnik — seien nicht zu vernachlässigen.

Er hebt die Wichtigkeit der Untersuchung in Trendelenburg'scher Lage, des Ballotement, der Röntgenoskopie hervor, deren negative Ergebnisse allerdings nichts für die Steindiagnose besagen. Im übrigen hält er sich an die in 300 Fällen erprobte Harnscheidung nach Injektion von 0,01 Methylenblau $1^1/_2$ Stunde vor der Untersuchung. Die Separation gibt durch Färbung, chemische Analyse und mikroskopische Untersuchung genügenden Aufschluß über die Funktion der Nieren, wie seine 120 Nephrektomien ohne Nierentod beweisen.

III. Sitzung am 20. September 1905.

Chirurgie der gutartigen Magenleiden.

1. Ref. Monprofit (Angers): Unter Hinweis auf die zahlreichen Publikationen von ihm selbst und seinen Schülern (ca. 36) über Magenchirurgie entwickelt Ref. seine Indikationsstellung für die etwa 20 verschiedenartigen, bisher am Magen wegen nicht bösartiger Erkrankung ausgeführten Eingriffe; jedem Abschnitte wird eine kurze geschichtliche Einleitung vorausgeschickt, aus der Zahl der Eingriffe und Erfolge früherer Operateure und einzelner Methoden ersichtlich sind. Mehrfach sind tabellarische Übersichten eingefügt; auch eigene Krankengeschichten sind eingeflochten.

Der Inhalt des Berichtes ist fast rein technischer Natur, kritisiert die einzelnen Operationsverfahren, z. B. der Gastroplikatur, der Verkürzung des Omentum minus bei Gastroptose, für die M. die Fixation an der vorderen Bauchwand, event. mit Gastroenteroanastomose empfiehlt; fast ein Drittel der Arbeit ist der Gastroenteroanastomose gewidmet, die M. für eine Reihe von verschiedenen Leiden — von der chronischen Dyspepsie bis zur Dilatatio ventriculi mit und ohne Stenose — etwa 200mal ausgeführt hat. Er übt fast nur die Roux'sche (Y-)Methode, in verschiedenen Modifikationen, ausschließlich mittels Naht, und schließt mit dem Satze:

»Die Magenerkrankungen sind fast alle chirurgischer Behandlung zugänglich; die Gastroenteroanastomie paßt für die Mehrzahl der Magenleiden; ihre Heilung erfolgt schneller durch Operation als durch interne Behandlung. Die frühzeitige und entschiedene Ausführung operativer Heilung schützt am besten vor bösartiger Erkrankung.«

2. Ref. Mayo Robson (London) kann auf Grund einer reichen Erfahrung — er hat ca. 500 Magenoperationen ausgeführt — etwa folgende Thesen aufstellen:

Die Gastroenteroanastomie — er führt sie nach v. Hacker mit Zuhilfenahme von entkalkten Knochen aus — ist zurzeit eine Operation, die mit geringer Sterblichkeit — ca. 3;7% — und meist gutem Erfolg ausgeführt werden kann. Sie ist besonders angezeigt bei chronischem Magengeschwür, wo sie 92% Heilungen erzielt, bei Blutungen und Pylorusstenose. In all diesen Fällen ist es daher nicht mehr erlaubt, monate- und jahrelang die Kranken mit interner Medikation zu behandeln, wodurch nur die Entstehung ernster Folgen, besonders die bösartige Umwandlung von Geschwüren begünstigt wird, bzw. die ernsten Komplikationen des Geschwüres etwa 25% der Kranken töten werden. Natürlich müssen die wegen Magengeschwür Operierten weiterhin diät leben. Bei atonischer Dilatation erzielt die Gastroenteroanastomose wenig Gutes. Bei Perforationen des Magens, sei es durch Geschwür, sei es durch Traumata, steht der Erfolg in direktem Verhältnis zur Frühzeitigkeit des Eingriffes.

3. Ref. Rotgans (Amsterdam) beginnt mit der Erläuterung seiner Anschauungen über die Ätiologie des Geschwüres. Die Tierexperimente Talma's haben nichts für die pathogene Beteiligung des Vagus ergeben. Konstitution, Neurasthenie, Alkoholismus, schlechte Bezahnung (Abrasio dentium) konkurrieren als Ursachen; obwohl die Frauen mehr mit Geschwür behaftet sind, kommen Männer häufiger zur Operation (19 : 49), was für den Nachteil der Exzesse spricht. Bei unserer Unkenntnis bezüglich der Ätiologie kann die Behandlung nur symptomatisch sein; da Geschwüre häufig mehrfach auftreten, wird der chirurgische Eingriff sich mehr gegen die Komplikationen zu wenden haben.

Der Rat Moynihan's, Geschwüre frühzeitig zu exstirpieren, solange sie noch beweglich sind, ist mit der Ungefährlichkeit der Exzision nicht genügend begründet; ältere Geschwüre lassen selten die Entfernung zu.

Die operative Behandlung besteht demnach vorwiegend in der Gastroenterostomie; seit 1897 übt R. die Gastroenterostomia Y anterior (Wölfler II).

Es folgen eine Reihe von Krankengeschichten mit zahlreichen interessanten Einzelheiten, z. B. einer Resectio ventriculi totalis wegen »Endogastritis obliterans«, die von Heilung auf die Dauer eines Jahres gefolgt war.

Die operativen Erfolge R.'s bei Gastroenterostomie sind günstig: 5% Todesfälle, 80% Dauerheilungen.

4. Ref. Mattoli (Ascoli Picena) geht etwas näher ein auf die seltenen Arten der Stenose — angeborene, tuberkulöse, syphilitische —, deren bisherige Behandlung nach den verschiedensten Methoden aufgezählt wird; dann werden der Reihe nach sämtliche für operative Behandlung in Betracht kommenden Magenerkrankungen bezüglich des bestindizierten Eingriffes durchgesprochen.

Entgegen den beiden vorausgehenden Ref. behandelt M. auch die Gastroptose mittels Gastroenteroanastomie, wie er auch die Divulsio pylori (Loreta) bei Pylorospasmus mit Fissur noch anerkennt. Sanduhrmagen mit weitem Pylorus gestattet Gastrogastrostomose oder -plastik; sonst ist auch hier die Gastroenteroanastomose angezeigt, die nach dem Ausspruch eines italienischen Klinikers »populär« werden müßte; M. fügt mit Recht hinzu »aber erst bei den inneren Medizinern!« Schließlich verteidigt er die Gastroenteroanastomose en Y gegen den Vorwurf, daß sie das Ulcus pepticum begünstige.

5. Ref. v. Eiselsberg (Wien) hat nie operiert ohne nachgewiesene anatomische Schädigung, weshalb seine Statistik weniger brillant erscheint als die anderer Operateure. Geschwüre werden erst operiert, wenn die medikamentöse Kur nicht zur Heilung führte. Pylorusresektion bei Geschwür ist ein zu verantwortungsvoller Eingriff; sie schützt weder vor Rezidiv noch vor späterem Durchbruch. Auch die Besorgnis vor späterem Karzinom ist nicht maßgebend, weil sich dieses auf jeder Narbe entwickeln kann; schließlich rezidiviert das Geschwür selbst, oder es bilden sich neue. Bei ausgedehntem, schwerem Geschwür, welches vollkommene Ruhigstellung verlangt, bei Linitis, Cardiostenose, empfiehlt v. E. die Jejunostomie.

Von großer Wichtigkeit sei die Frage, wie man sich Blutungen gegenüber zu verhalten habe; v. E. rät ab, während derselben die chirurgische Blutstillung zu

versuchen, da es meist nicht möglich ist, der Quelle habhaft zu werden; hingegen empfehle er, sofort nach spontanem Aufhören der Blutung zu gastroenterostomieren oder auszuschalten; er stellte diese Frage zur Diskussion. Folgt seine Statistik.

6. Ref. Jonnesco (Bukarest) verweilt zuerst bei der klinischen Besprechung der chirurgischen gutartigen Magenleiden, speziell dem Pylorospasmus, den er als Folgezustand der Hyperazidität betrachtet. Bezüglich der Stenosen mit noch floridem Geschwür und Verdacht auf beginnende Entartung ist er eifriger Anhänger der Resectio pylori; die Resultate — jetzt vielleicht noch nicht glänzend — würden sich bei einfacherer Technik bessern. Die Gastroenterostomie eignet sich für die meisten hartnäckigen Affektionen; J. führt sie nach v. Hacker ohne jegliche mechanische Unterstützung (Knopf, Platten) aus. Da die Internen uns keine Indikationen stellen und die Kranken zu spät dem Operateur zuführen, ist dieser genötigt, sie sich selbst zu wählen, jedenfalls aber frühzeitig.

Diskussion: Hartmann (Paris) teilt die Erfolge seiner 121 Magenoperationen bei gutartigen Affektionen mit; zuerst 6 Pylorektomien mit 1 Todesfall; dann 108 Gastroenteroanastomosen mit stetig kleineren Verlusten (seit 1903 nur 6% gegen 23% bis 1899). Nicht wenig trägt dazu bei, daß Redner jetzt von inneren Klinikern auch Kranke zugeführt bekommt, die noch nicht kachektisch sind: so erreicht er etwa 90% gute Dauererfolge, ohne daß strenge Diät nötig sei. Es könne sich nicht darum handeln, alle mit chronischen Dyspepsien Behafteten zu operieren, besonders nicht nervöse Dyspepsien; sichere Diagnose sei Bedingung. Hingegen gebe nachgewiesene Stenose — ob eng oder nicht — bestimmte Indikation ab. Kleine oder foudroyante Blutungen operiere er nicht: die einen heilen doch, die anderen doch nicht; wiederholte Blutungen sind ein dankbares Objekt. H. zieht die Gastroenteroanastomose nach v. Hacker ohne Instrumente allen anderen Methoden vor.

Lambotte (Antwerpen) zieht im allgemeinen der Gastroenteroanastomose auch für gutartige Leiden die Pylorektomie vor. In 167 operierten Fällen hat er 83mal diese Operation, verbunden mit Cholecystektomie und Gastropexie, ausgeführt mit einer Gesamtmortalität von ca. 10%.

Garrè (Breslau) entschließt sich zur Resektion des Pylorus nur bei Karzinomverdacht; Blutungen operiert er bislang nach wiederholten inneren Kuren, denkt jedoch jetzt früher einzuschreiten; er begnügt sich mit der Gastroenteroanastomose, wobei er genaue Schleimhautnaht ausführt, die, wie er glaubt, gegen Ulcus pepticum schützt; er hat es wenigstens bei seinen 77 Gastroenteroanastomien nie gesehen. An 117 Pat. hat er etwa 123 Magenoperationen ausgeführt mit etwa 6,4% Todesfällen. Gastroplikatur und Pyloroplastik hat er verlassen, die Jejunostomie 5mal ausgeführt.

Cardenal (Barcelona) erläutert ausführlich mit Tafeln die Gastroduodenostomie nach Petersen mit senkrecht gestellter Fistelöffnung und rühmt ihre Vorteile.

Sinclair White (Sheffield) meint, daß die vordere Gastroenteroanastomose auch manchen Vorteil biete durch die Schnelligkeit der Ausführung; notwendig sei nur, sie am tiefsten Punkte der Kurvatur anzulegen.

Ricard (Paris) beschränkt sich auf die Besprechung der Geschwürstherapie; die medikamentöse müsse erst vorausgehen; das Geschwür werde erst chirurgisch durch Rezidiv, Torpidität usw. Er wollte früher systematisch die Resektion des Geschwüres durchführen, verlor jedoch drei von zehn Kranken. Will man gründlich sein, keine kranke Schleimhaut zurücklassen, die den Boden für neue Geschwüre abgibt, müsse man oft viel Magenwand opfern; es erscheine erst 5francsstückgroß, nachher habe man einen Substanzverlust vor sich, der die bizarrste Magenform bedingt, die nicht funktioniert. Die Gastroenterostomie ist ausreichend, nur mache man die Öffnung breit — 3 cm etwa.

Rovsing (Kopenhagen) verteidigt seine Operationsmethode der Gastroptose. Man unterscheide die virginelle und die der Multiparae. Die ersten sind schmerzhafter, launenhafter. Nicht die Art der Nahrung, sondern die Menge beeinflußt

das Befinden am meisten. Bei Multiparis kommt man aus mit Bandagen; unter seinen 55 Gastropexierten befinden sich nur acht.

Die Bier'sche Idee, das Mesenterium des Magens zu reffen, sei wohl logisch; aber man ziehe dadurch den Pförtner zur Cardia herüber, und das Band sei zu schwach und dehne sich wieder. R. legt drei Fäden etagenweise durch Serosa und vordere Bauchwand, wodurch der Magen hochgehalten werde — dauernd — ohne irgendwie seine Beweglichkeit einzubüßen. Nur einen Todesfall an Ileus hat er erlebt. Die Leber kann hinderlich sein; einmal mußte er einen Schnürlappen resezieren.

Kocher (Bern): Bei Ausführung der Gastroenterostomie ist die Hauptsache, wie Sinclair betonte, die Anlegung an tiefster Stelle. Auch die Methode der Operation ist nicht gleichgültig; K. sieht in der Gastroduodenostomie die beste für neuropathische Magenleiden. Findet er am Pylorus eine bewegliche Geschwulst als Folge des Geschwüres, so führt er stets die Pylorektomie aus und schließt Anastomose an: »Wir überlassen im allgemeinen dem Internen das nicht komplizierte Geschwür; bei der Abgrenzung des Gebietes, was dem Internen, was dem Chirurgen angehört in der Therapie der Magenkrankheiten, müssen wir selbst unseren Anteil entscheiden.«

Segond (Paris) berichtet ausführlich über einen Fall von Perigastritis mit Strangbildung nach der Leber zu, wo es zu krebsverdächtiger Kachexie nach 12jährigem Leiden gekommen war. Bei der Laparotomie erwies sich der ganz gesunde Magen um 90° gedreht. Durchtrennung des Stranges führte die Heilung herbei.

Herczel (Budapest): An der Hand von 151 Gastroenteroanastomien nach v. Hacker, von denen 59 wegen nicht bösartiger Magenkrankheiten ausgeführt wurden mit einem Gesamtverluste von fünf Toten, bespricht H. seine Indikationen und Erfahrungen. Die fast ausschließliche Indikation war die gutartige Stenose — zweimal Tuberkulose des Pylorus, einmal Blutlaugensalzätzung. H. enthält sich meist der Operation bei Spasmen und neurasthenischen Beschwerden, die eher verschlimmert werden. Abmagerung und Erbrechen sind nicht allein bestimmend für den Eingriff. Die Frage der Heilung der Geschwüre nach Gastroenteroanastomose ist nicht freiweg mit »ja« zu beantworten. Blutungen, Perforationen und Ulcus pepticum (Magen-Dickdarmfistel) können eintreten.

Czerny (Heidelberg) hat dreimal Ulcus pepticum mit Durchbruch in den Dickdarm erlebt. Ein Teil der Geschwüre heilt nach Gastroenteroanastomose; jedenfalls mehr als ohne diese. 1882 hat er die erste elliptische Exzision eines solchen gemacht mit 17jährigem Nachleben. Er stehe dieser Operation also sympathisch gegenüber, wo sie sich bietet. Im allgemeinen ist er gegen Systemwechsel, und ist daher der v. Hacker'schen Methode, auch mit Murphyknopf, treu geblieben; zweimal hat er letzteren nachträglich entfernen müssen. Er verdankt seine Erfolge dem glücklichen Zusammenwirken mit inneren Klinikern. Bisher hat er Geschwüre nicht ohne vorhergegangene interne Kuren übernommen. Bei Atonie und Gastroptose sind die Erfolge der Gastroenteroanastomose nicht erklecklich. Schwierig ist die Indikationsstellung bei Blutungen. Rezidive und Hämoglobintiefstand bestimmen den Eingriff.

Folgen noch einige die Technik und die Vorbereitung betreffende Angaben.

v. Rydygier (Lemberg) erinnert daran, daß er bereits seit 25 Jahren die Pylorektomie ausübt trotz der anfänglich niederschmetternden Kritik v. Volkmann's.

Loirthioir (Brüssel) berichtet über seine Erfahrungen betreffs der angeborenen Pylorusstenose; sie sei häufiger als man glaube, und segle unter der Diagnose Gastroenteritis; ein kleiner Trichter bleibe bestehen, der als Passage lange Zeit genügt; Dilatation tritt nicht ein, weil der Cardiaverschluß leicht überwunden werde: daher häufiges Erbrechen, keine Stühle, Marasmus. Im übrigen verweist er auf Finkelstein und eigene spätere Publikation. Die operativen Resultate — Gastroenteroanastomose und Ektomie — sind schlecht.

Monprofit (Angers) meint, die Mediziner wüßten noch nicht zur Genüge, wie gefahrlos man die meisten Kranken durch Gastroenterostomie heilen könne.

Da sie sich meist nur darauf beschränkten, den Kranken zu erklären »das und das dürfen sie essen, jenes nicht«, müsse der Chirurg die Magentherapie für sich reklamieren.

Von seiten der Chirurgen werde immer und immer behauptet, die Gastroenteroanastomose nach v. Hacker sei eine vortreffliche Operation und gebe gute Resultate. Warum ändere man noch immer an der Methode? Ricard sage, man müsse die Fistel breit anlegen; breiter als die Lichtung des Jejunum kann sie doch nicht gemacht werden, denn das ist ja sinnlos. Die Gastroenteroanstomose en Y ist nach wie vor als die beste anzusehen.

Gerulanos (Athen) berichtet über einen Fall von Leiomyom des Pylorus, welches er submukös, mit einer Art Pyloroplastik verbunden, gut ausschälen konnte.

Sonnenburg (Berlin) ist der Meinung, daß er von jetzt ab früher operieren werde.

v. Eiselsberg (Wien): Bei Geschwür bleibe im allgemeinen die Gastroenteroanastomose die Operation der Wahl; er ist der v. Hacker'schen Methode treu geblieben, ohne sie zu modifizieren. Natürlich lasse er keine Geschwulst stehen und habe elfmal mit zwei Todesfällen ektomiert. Die Gastrolyse sei unzureichend.

Christel (Metz).

(Schluß folgt.)

---

19) **André.** De la prostatectomie sécondaire à la cystostomie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Septembre 1.)

Verf. berichtet über drei Prostatiker zwischen 65 und 70 Jahren, bei denen er nach vorausgegangener Cystostomia suprapubica die sekundäre perineale Prostatektomie vorgenommen hat. Der Zwischenraum, der zwischen beiden Operationen lag, betrug 2 Monate, 1 und 2 Jahre. Bei allen drei Kranken war der Erfolg der Prostatektomie sehr günstig. Unter 24 Prostatektomien, die Verf. vorgenommen hat, sind diese Fälle die einzigen sekundären Operationen. Die Radikaloperation ist dann angezeigt, wenn sich nach ausgeführtem hohen Blasenschnitte der allgemeine Kräftezustand und der lokale Zustand der Blase so bessern, daß die Exstirpation der Prostata günstige Aussichten bietet. **Paul Wagner** (Leipzig).

20) **Eugenia Similew.** Su di un caso di ureterita cistica.

(Policlinico 1905. Nr. 8. Ser. chir.)

Verf. beschreibt sehr ausführlich den anatomischen und mikroskopischen Befund eines Falles von Ureteritis cystica. Die Entstehung aus den v. Brunn'schen Inseln war sehr deutlich nachzuweisen. Die Cysten entstehen aus diesen durch Wucherung und zentrale Degeneration der hyalinen und amorphen Bildungen in dem Cysteninhalte, sind degenerativer Herkunft, nicht Parasiten. Die kleineren Cysten zeigen noch mehrschichtiges, die großen einschichtiges niedriges Epithel. In der Schleimhaut sind entzündliche Veränderungen, kleinzellige Infiltration und zahlreiche Russel'sche Körperchen nachzuweisen. Die klassischen Formen, die am reichsten in den tiefen Schleimhautschichten und der Muscularis des Harnleiters sind, zeigen sich degeneriert. Damit hängt die Erweiterung des Harnleiters und Nierenbeckens zusammen, als deren Folge sich in einer an sich arteriosklerotisch erkrankten Niere Hydronephrose mit Bindegewebsvermehrung entwickelt hat. Als Ursache der Cystenbildung wird ein entzündlicher Vorgang angesehen, der zur Wucherung der Brunn'schen Nester führt. Doch bestreitet Verf. nicht, daß event. auch andere Ursachen den gleichen Erfolg haben können. Für ihren und ähnliche Fälle hält Verf. sich berechtigt, von einer wahren Ureteritis — cystica — zu sprechen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

21) **K. W. Monsarrat.** Über Strikturen des Ureters.

(Wiener med. Presse 1905. Nr. 33.)

Mitteilung dreier Fälle von Harnleiterstriktur. Bei zwei Kranken konnte die Striktur von dem eröffneten Nierenbecken bzw. von der Blase aus stumpf erweitert

werden. In einem dritten Falle machte Verf. mit Erfolg eine plastische Operation: er brachte nach dem Vorgange von Mynter den Harnleiter durch eine schlitzförmige Öffnung mit dem Nierenbecken in Verbindung.

Den Schluß bildet ein kurzes Literaturverzeichnis von 33 plastischen Operationen, die zur Heilung der Hydronephrose vorgenommen wurden.

Paul Wagner (Leipzig).

22) **P. Thorndike** (Boston). Cases illustrating a few points in the operative treatment of renal calculus.

(Amer. journ. of surgery 1905. September.)

In zwei Fällen wurden aus den vereiterten Nieren bei sehr herabgekommenen Männern große Steine entfernt, aber wegen der Schwäche der Pat. die Nieren daringelassen. Unter Fistelbildung, die kaum Beschwerden machte, Heilung, so daß weitere Operation verweigert wurde. T. ventiliert im Anschluß hieran die Frage, ob es recht gewesen sei, auf die Totalexstirpation zu verzichten und bejaht sie. An zwei anderen Fällen demonstriert er die diagnostische Inzision der Nieren zwecks Steinextraktion bei — auch nach Röntgenographie — zweifelhafter Diagnose. Zur Vermeidung der Blutung hierbei, bei mangelnder Zugängigkeit des Hilus, schlägt er Matratzennähte durch die Nierensubstanz und Befestigung von Gazepolstern durch dieselben vor, die nach 24 Stunden entfernt werden.

Goebel (Breslau).

23) **H. Reque.** Cystic kidney and liver.

(Med. news 1905. August 5.)

Verf. beschreibt sieben Cystennieren, von denen zwei Fälle mit Cystenlebern vergesellschaftet waren. Diese beiden Fälle führt Verf. auf Cystadenombildungen zurück nach dem Vorbilde von Nauwerk und v. Kahlden.

Noch zwei weitere Theorien ergänzen die Genese der Cystenniere: die der Auffassung als Retentionscysten und diejenige, welche die Cysten aus verbildeten Urnieren hervorgehen läßt. Zu den beiden letzten Theorien nimmt Verf. mit Rücksicht auf seine Fälle keine Stellung. **Hofmann** (Karlsruhe).

24) **K. Hess.** Multiple Fibromyome der Nierenkapsel.

(Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. 7. Suppl. 1905.)

Ulrich hat 1901 50 Fälle von Nierenkapselgeschwülsten zusammengestellt: 29 Lipome und Myxome, 16 Sarkome, 5 Fibrome, Myome oder Fibromyome. Diesen Beobachtungen reiht Verf. einen sehr seltenen Befund von multiplen Fibromyomen der fibrösen Nierenkapsel beider Seiten an, der sich bei der Sektion einer 63jährigen Frau fand, die nach der Unterbindung der Subclavia wegen Aneurysma plötzlich an Lungenembolie zugrunde ging. In den Kapseln beider Nieren fanden sich zahlreiche, bis bohnengroße Knötchen, die in der Hauptsache aus glatten Muskelfasern bestanden. Der rechten Niere saß kappenförmig ein großes Fibromyom auf, das selbst Nierenform hatte, aber sehr viel größer als die Niere war. In dieser Geschwulst, die jedenfalls als die älteste aufzufassen ist, überwog das fibröse Gewebe. Die Myombildung ist unzweifelhaft von der Muscularis der Gefäße ausgegangen. **Paul Wagner** (Leipzig).

25) **A. Magrassi.** La cura radicale ambulatoria dell' idrocele.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905. Nr. 106.)

Verf. hat das Verfahren der Karbolsäureinjektion bei Hydrokele von Levis an 13 Fällen mit ständigem Erfolg erprobt. Er injizierte 3—5 ccm einer konzentrierten alkoholischen Karbolsäurelösung. Bei Kindern will er der häufigen kommunizierenden Hydrokelen wegen das Verfahren nicht angewendet wissen, ebensowenig, wenn der Hode nach der Punktion sich nicht als gesund erweist.

Dreyer (Köln).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 48. Sonnabend, den 2. Dezember. 1905.

Eine typische Erkrankung der Achillessehne.

Von

A. Schanz in Dresden.

Ich bitte in einer kurzen Mitteilung auf eine Affektion hinweisen zu dürfen, welche ich, soweit mir die Literatur zugängig, nicht beschrieben finde. Es handelt sich um eine schmerzhafte Anschwellung der Achillessehne, welche sich im Anschluß an übermäßige Inanspruchnahme dieser Sehne enwickelt.

Die Patienten kommen mit der Angabe, daß sie an Schmerzen über der Ferse leiden, daß diese Schmerzen entweder nur oder doch hauptsächlich beim Gehen auftreten; das Leiden habe sich im Anschluß an eine Radtour, Bergpartie, längeres Schlittschuhlaufen oder dgl. bemerkbar gemacht, oder nach einem Abrutschen des nur mit der Spitze aufgesetzten Fußes von einer Treppenstufe. Am Gang des Patienten fällt auf, daß das Abrollen des Fußes vermieden wird; die Patienten hinken entweder deutlich, oder sie gehen mit stark auswärts gesetzter Fußspitze. Diese Erscheinung wird deutlicher, wenn der Patient barfuß geht, sie verdeckt sich mehr beim Tragen eines mit hohem Absatz versehenen Stiefels. Unter denselben Bedingungen werden die Schmerzen stärker oder geringer.

Untersucht man, so gibt der Patient als Sitz der Schmerzen nicht — wie bei der Achillodynie Albert's — den Ansatzpunkt der Sehne, sondern die Sehne selbst als Sitz der Schmerzen an.

An der von dem Patienten bezeichneten Stelle findet sich eine spindelförmige Verdickung der Sehne. Die Verdickung ist bald kürzer, bald länger, bald dünner, bald dicker, je nach der Schwere der Affektion. Ebenso wechselt der Grad der Druckempfindlichkeit, die aber jedesmal deutlich zu konstatieren ist.

Dieser Befund ist von dem für die Achillodynie charakteristischen deutlich unterschieden: dort ist die Ansatzstelle der Sehne der Sitz der Schmerzen; erkrankt ist die Bursa subachillea; bei meinen Fällen ist die Ansatzstelle und die Bursa schmerzfrei und gesund. Erst oberhalb des Endstückes der Sehne beginnt die Verdickung; sie verschwindet, wo sich die Sehne zum Übergang in den Muskel verbreitert.

Ob es sich um eine Verdickung der Sehne selbst handelt oder etwa um Auflagerungen, welche mit der Sehne unverschieblich verbunden sind, kann ich nicht entscheiden, da ich noch nicht Gelegenheit zu einer Autopsie hatte. Nach Befund und Ätiologie glaube ich das erstere annehmen zu können. Ich glaube, daß es sich um einen entzündlichen Prozeß in der Sehne infolge übermäßiger Inanspruchnahme auf Dehnung handelt.

Was die Häufigkeit des Vorkommens anbetrifft, so sind diese Fälle gar nicht so selten; ich habe sie sicher häufiger gefunden als die Albert'sche Achillodynie.

Die Behandlung ist einfach und erfolgreich. Man muß die Achillessehne vor der Dehnung, welche das Gehen bedingt, schützen. Das läßt sich durch einen Heftpflasterverband leicht erreichen. Bei leicht plantarflektiertem Fuß wird ein breiter Heftpflasterstreifen, vom Zehenansatz beginnend, über Fußsohle und Ferse bis über die Wade herauf gelegt. Dieser Streifen wird durch zirkuläre Heftpflasterstreifen und eine Mullbinde fixiert. Mit diesem Verbande geht der Patient in einem gutsitzenden Schnürstiefel mit nicht zu niederem Absatz sofort ohne Schmerzen. Erhält man den Verband, so ist in 2—3 Wochen Schmerz und Schwellung verschwunden.

Wenn ich zum Schluß noch einen Namen vorschlagen darf, so

möchte ich die Bezeichnung Tendinitis achillea traumatica empfehlen.

---

1) **E. Lexer.** Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie zum Gebrauche für Ärzte und Studierende. II. Bd. 474 S., 2 farb. Taf. u. 215 Abb.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1905.

Innerhalb Jahresfrist, wie im Prospekt in Aussicht gestellt war, ist der zweite Band, zugleich als Abschluß des ganzen Werkes, dem ersten gefolgt.

Er umfaßt den 3.—7. Abschnitt, in welchen Nekrose (3), Verletzungen der Weichteile, Knochen und Gelenke und deren Behandlung (4), sowie ihre chirurgisch wichtigen Erkrankungen mit Ausschluß von Infektionen und Geschwülsten (5), die Geschwülste (6) und die Cysten (ohne die cystischen Geschwülste) (7) abgehandelt werden. Die Darstellung dieser wichtigen Gebiete ist in demselben Sinne wie beim ersten Bande (Referat s. d. Bl. 1904 p. 700) durchgeführt. Ein Vorzug derselben ist es, daß die in Betracht kommenden operativen Maßnahmen bereits bei den einzelnen Krankheitsgruppen skizziert werden und nicht in eine besondere »Operationslehre« zusammengefaßt sind. Es wird dadurch die Übersichtlichkeit gefördert, manche Wiederholung und überflüssiges Nachschlagen erspart. Daß in dem Buch eine allgemeine Verbandlehre fehlt, kann bei den vorhandenen guten Handbüchern über diesen Teil der Chirurgie als ein Mangel nicht gelten.

Ihrer Bedeutung entsprechend nimmt die Geschwulstlehre fast die Hälfte des Bandes ein. In der Einteilung zu den Geschwülsten folgt L. in der Hauptsache der von Ribbert gegebenen Übersicht. Eine gute Anleitung besonders für den Studierenden gibt das Kapitel über »Geschwulstdiagnose im allgemeinen«, in welchem ein genau ausgearbeiteter Untersuchungsgang und Beispiele dazu mitgeteilt werden. Auch die für den Praktiker wichtige Behandlung inoperabler Geschwülste ist nicht vergessen. Bei der Besprechung der einzelnen Geschwulstarten ist besonders die große Zahl guter und charakteristischer Abbildungen ($^3/_4$ des ganzen Bandes und die Tafeln), die die Anschaulichkeit wesentlich erhöhen, hervorzuheben. Manche von ihnen, vorzüglich die Angiome, würden allerdings durch farbige Darstellung eindrucksvoller werden.

Im letzten Abschnitte stellt L. die nicht zu den echten Geschwülsten gehörigen Cysten zusammen.

Klare Definitionen der allgemeinen Begriffe, eine glückliche Abgrenzung des Stoffes unter Vermeidung alles überflüssigen Theoretischen, Vertretung eines auf die modernen Errungenschaften der Chirurgie gegründeten und in eigener Erfahrung erprobten Standpunktes, sowie Hervorhebung alles praktisch Wichtigen zeichnen das vom Ver-

lage vortrefflich ausgestattete Werk aus und sichern ihm einen ehrenvollen Platz unter den neueren chirurgischen Lehrbüchern.

Gutzeit (Neidenburg).

---

2) **E. Tavel.** Chirurgische Infektion und deren Prophylaxe.

(Moderne ärztliche Bibliothek, herausgegeben von Karewski, Hft. 22 u. 23.)

Berlin, **Leonhard Simion Nachf.,** 1905.

Der bekannte, als Chirurg und Bakteriologe bedeutende Verf. gibt hier eine anregende, frisch geschriebene Schilderung der modernen Antisepsis und Asepsis, teils in praktischer Hinsicht — und hier vielleicht etwas subjektiv gefärbt —, teils in theoretischer Beziehung unter Zugrundelegung der modernen biologischen und bakteriologischen Anschauungen und Untersuchungen. Unter den Faktoren der Wundinfektion (I. Teil) unterscheidet er die Kontamination der Wunden (Luft-, Kontakt-, Auto- und hämatogene Infektion), die allgemeine und örtliche Disposition (Implantations-, Retentions- und Läsionsinfektion) und endlich die Virulenz der Infektionserreger. Der II. Teil behandelt die Faktoren der Aseptik und Antiseptik. Hervorheben möchte Ref. nur einige Punkte, z. B. die Empfehlung, über den Gummihandschuhen noch Zwirnhandschuhe zu tragen. T. will Handschuhe nur bei septischen Operationen zum Schutze der Hände angewandt wissen. Für Sterilisation der Messer wird $^1/_4$stündiges Kochen in 2%iger Boraxlösung oder Abreiben mit 5%iger Lysollösung empfohlen. Das Unterbindungsmaterial soll antiseptisch, darf aber nicht zu intensiv mit dem Antiseptikum imprägniert sein. Daher soll die sterilisierte Seide z. B. trocken aufbewahrt und erst kurz vor der Operation wieder in Sublimatlösung gelegt werden. Die von Orlandi und Poppert hervorgehobene eitererregende Wirkung des chemisch differenten Catguts kommt nach Verf. nur bei oberflächlichen Nähten und Ligaturen in Betracht, bei versenkten tieferen Ligaturen sei die durch das Catgut verursachte Nekrose zu unbedeutend, um Eiterung zu verursachen. Ref. vermißt unter der angeführten Methoden der Catgutzubereitung die gewiß praktische und zuverläßige Cumolpräparierung nach Krönig. Zur Irrigation, deren ausgesprochener Anhänger T. ist, hält er seine Salz-Sodalösung für das Zweckmäßigste, weil sie schneller als physiologische Kochsalzlösung sterilisiert werden kann, steril bleibt und physiologische Vorteile besitzt. Zur Prophylaxe der operativen Autoinfektion hält er den Beginn der lokalen Vorbereitung schon am Tage vor der Operation für nötig. Er bedeckt das mechanisch gereinigte Operationsgebiet mit einer schwach antiseptischen Kompresse ($^1/_2$%iger Lysollösung). Ob Verf. hier nicht die event. entstehenden Ekzeme unterschätzt, scheint Ref. fraglich, ebenso ob er nicht zu weit geht in der regionären Desinfektion, die sich z. B. beim Knie auf das ganze Bein erstrecken soll. Unter den bakterienentwicklungshemmenden Mitteln könnte Jodoform noch angeführt werden. Für die Bedeckung der Nahtlinie wird Vioformgaze, wie auch sonst anstatt Jodo-

form, warm empfohlen. Weshalb Dauerverbände ganz abgeschafft werden sollen, ist Ref. nicht ganz verständlich.

Unter den Retentionsinfektionen versteht Verf. außer den Hämatomen auch die »Serome«, die er hauptsächlich nach Drüsenoperationen und nach Operationen an Gelenken auftreten sah; für ihre Behandlung empfiehlt er Karbolwaschungen. Die Gelatine wendet T. am Ende fast jeder Operation zur Vermeidung von Hämatomen an, so z. B. bei der Bauchwandnaht: Naht des Bauchfells, Eingießen von einigen Kubikzentimetern flüssiger Gelatine während der Fasciennaht, dann nochmalige Irrigation mit Salz-Sodalösung, Abtrocknung mit Tupfern, nochmaliges Eingießen von Gelatine, Fettnaht, Hautnaht.

Wenn Verf. »das sehr schnelle Operieren nie imponiert hat, das auch beim Gewandtesten nur auf Kosten der Genauigkeit ausgeführt werden kann«, so möchte Ref. doch daran erinnern, daß das schnelle Operieren in bezug auf die dadurch bedingte Abkürzung der Narkose nicht ganz verworfen werden dürfte.

Bei der Anführung der für die Einführung der Asepsis verdienten Autoren hätte wohl auch der Name Neuber erwähnt werden können.

Die Faktoren der physiologischen Autoantiseptik schildert T. vom ausschließlich bakteriologischen Standpunkt; im besonderen steht er in der Frage der Phagocytose ganz auf seiten Metschnikoff's.

Einen Irrtum des Verf.s möchte Ref. noch rektifizieren. Wenn T. schreibt: »Soweit zu gehen und aus dem Operationsraume nach dem Vorschlage von Sauerbruch eine hermetisch geschlossene Kammer zu machen, werden wohl wenige Chirurgen sich entschließen«, so hat er vergessen, daß die Sauerbruch'sche Kammer ganz anderen Zwecken dient, als dem, eine Luftinfektion der Wunden zu vermeiden.

Die angeführten kurzen Auszüge zeugen von der Vielseitigkeit und Vollkommenheit der schönen Arbeit, die nicht nur dem praktischen Arzte, sondern vor allem dem Fachchirurgen, Gynäkologen, Ophthalmologen, und nicht zum wenigsten dem Hygieniker einen prächtigen Überblick über die Fragen des gestellten Themas gibt und deshalb zur Lektüre angelegentlichst empfohlen sei. **Goebel** (Breslau).

---

3) **C. Lenormant.** Les troubles de croissance dans les exostoses ostéogéniques et les chondroms des os.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 3.)

Bei multipler Exostosenbildung bestätigt der Verf. unter Anführung einiger neuerer, darunter auch eigener Beobachtungen im wesentlichen die Bessel-Hagen'schen tatsächlichen Feststellungen über die dabei beobachteten Wachstumsstörungen in der sehr großen Mehrzahl der Fälle, allerdings nicht in dem von Bessel-Hagen angenommenen regelmäßigen und geraden Verhältnis zwischen Menge und Umfang der Auswüchse zu der Größe der Wachstumsstörung. Die Körpergröße bleibt zurück, zwischen den zu kurzen Gliedmaßen und dem regelrecht wachsenden Rumpfe entsteht ein Mißverhältnis,

und die sich entsprechenden Gliedabschnitte werden ungleich lang. Mit besonderer Vorliebe werden Wadenbein und Elle, die letztere in geradezu bezeichnender Weise betroffen, deren Verknöcherung dann zu den bekannten Umbiegungen der Glieder und Verschiebungen im Gelenk führt. Dieselben Wachstumsstörungen finden sich nun auch bei den bisher noch nicht genügend daraufhin beachteten Enchondromen. Sind dieselben mit kartilaginären Exostosen vergesellschaftet, wofür Verf. sieben Beispiele aus der Literatur anführt, so würden sich jene ja schon dadurch halbwegs erklären. Daß aber die Enchondrombildung an sich und ganz allein ebenfalls mit Wachstumsstörungen einhergeht, dafür zeugen sieben Fälle aus der Literatur und eine eigene Beobachtung, an denen Verf. den Nachweis der unmittelbaren Beziehung führt. Auch hier spielen sich dieselben hauptsächlich an den betroffenen Knochen und wieder mit besonderer Vorliebe und mit ähnlichen Folgewirkungen auf die benachbarten Gelenke an der Elle ab, welche auch für sich ganz allein unter der Wachstumhemmung leiden kann. Aber bei den Enchondromen ist es nicht immer der mit den Auswüchsen behaftete Knochen selbst, der im Wachstum leidet, sondern es ist ein anderer Skelettabschnitt desselben Gliedes, und die eigene Beobachtung gibt dafür ein bezeichnendes Musterstück: das Enchondrom saß am Ringfinger und verkürzt so wiederum die Elle. In der Untersuchung bezüglich der Bildungsursache der Geschwülste und der Wachstumsstörungen verwirft Verf. vollkommen die Theorie der rachitischen Entstehung. Diese Bildungen stellen einen Typus für sich dar, welcher mit den rachitischen und infektiös entstandenen Verbildungen nichts zu tun hat; natürlich kann aber Rachitis nebenbei noch gelegentlich im Spiele sein. Soweit hat Bessel-Hagen Recht, er hat aber nicht Recht, wenn er annimmt, daß die Knochen- und Knorpelauswüchse die bedingende Ursache der Verkürzungen sind; alle drei Erscheinungen sind vielmehr nebeneinander geordnete, voneinander unabhängige Äußerungen des Grundleidens. Das Wesen des letzteren besteht in einer regelwidrigen und fehlerhaften Knochenanbildung, welche dem Epiphysenknorpel zur Last fällt. Es kommt stellenweise zu einer vorzeitigen Verknöcherung, oder seine Funktion ist sonst gestört, oder es treten räumliche Verschiebungen auf. Mitten im neugebildeten Knochengewebe bleiben abgetrennte Fasern zurück, welche entweder später verknöchern und Exostosen bilden, oder ohne Umbildung zu Chondromen auswachsen. **Herm. Frank** (Berlin).

---

4) **Albers-Schönberg.** Die Röntgentechnik. Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Zweite umgearbeitete Auflage.

Hamburg, **Lucas Graefe & Sillem, 1906.**

Mit Riesenschritten ist seit dem ersten Erscheinen dieses Buches die Röntgentechnik vorangegangen, und der Röntgenkongreß im Mai 1905 ließ erkennen, welche und wie große Fortschritte auf allen Gebieten des neuen Wissenszweiges gemacht waren. So sind denn auch

in kürzester Zeit Lehrbücher veraltet, Anschauungen umgestoßen, neue aufgetaucht, welche die Neubearbeitung dieses Lehrbuches bedingten, und man kann sagen, die Neuerungen und Fortschritte haben eingehende Berücksichtigung gefunden. Angenehm ist beim Durchlesen des Buches, daß die veralteten Anschauungen und Konstruktionen nur dann und soweit erwähnt werden, wie zum Verständnis unbedingt nötig ist. Dadurch ist Ballast vermieden. Die Ausstattung des Buches mit Abbildungen ist fast verdoppelt: 164 gegen 85 in der ersten Abteilung. Von den älteren Bildern finden sich nur noch wenige; sie sind zum größten Teile durch bessere ersetzt, ihre Ausführung ist ausgezeichnet klar und scharf, so daß sie sehr vornehm wirken und auch leicht übersichtlich sind. Das ganze Werk hat 164 Seiten an Umfang gewonnen.

Im ganzen ist das Buch, wie auch in der ersten Auflage, in den technischen Teil bezüglich der Apparate und ihrer Handhabung und in die speziell ärztliche Technik eingeteilt.

Theoretische Auseinandersetzungen sind auch diesmal auf ein sehr bescheidenes Maß reduziert, von der Elektrizitätslehre ist wenig gesagt, die Definition der Selbstinduktion ist anders und besser gegeben als in der ersten Auflage. Ein eingehendes Kapitel ist den Röhren gewidmet, die zum Teil beschrieben sind. Eine Art, die Idealröhre, ist nicht mit abgehandelt. Sie hätte nach Ansicht des Ref. auch Berücksichtigung verdient, zumal andere Gundelach'sche Röhren aufgenommen sind. Die Blendeneinrichtungen, welche vom Verf. so bedeutend vervollkommnet sind durch die Konstruktion der Kompressionblende, haben ebenfalls ein großes Kapitel erhalten; auch ist die Kompressionsblende bedeutend vervollkommnet und eine viereckige Abart, die Kastenblende, dazu gekommen; auch die Aufnahmetische, die dabei benutzt werden, haben eine sehr vorteilhafte Verbesserung erfahren.

Im vierten Kapitel werden die Röntgenlaboratorien beschrieben unter Zugrundelegung desjenigen am Krankenhause St. Georg, dem Verf. vorsteht, und das ganz nach seinen Plänen eingerichtet ist. Es ist in jeder Hinsicht musterhaft, wie aus der Schilderung und den Plänen hervorgeht. Das photographische Verfahren ist im fünften Kapitel abgehandelt und bringt Bekanntes. Die Schutzvorrichtungen und die Heilung der Röntgenverbrennungen sind ausführlicher besprochen als in erster Auflage. Verf. selbst ist von Unna wegen dieses Leidens behandelt, und die Behandlungsart, die sich als sehr gut erwies, ist wörtlich nach der Unna'schen Veröffentlichung beigefügt, eine jedem Röntgenologen willkommene Mitteilung.

Der spezielle Teil beginnt mit den Kopfuntersuchungen. Die Kiefer und Zähne, die Augenuntersuchungen sind ausführlicher behandelt und mit zahlreichen Abbildungen versehen worden; das gleiche gilt von der Wirbelsäule. Auch Becken, Schenkelhals, Knie sind reicher als früher versorgt. Bei den Unterschenkelaufnahmen ist die Kastenblende in ihrer Benutzung vorgeführt. Die oberen Gliedmaßen

sind gegen früher nicht wesentlich verschieden behandelt, dagegen wieder ausführlicher des Verf.s eigenste Domäne: die Nierensteine. Auch bei den Thoraxaufnahmen ist Zuwachs zu verzeichnen. Die Durchleuchtung, das 20. Kapitel, ist in chirurgische und innere geteilt, und zwar letztere, entsprechend der Wichtigkeit, sehr ausführlicher behandelt. Ganz neu ist das 21. Kapitel: Das Trochoskop und seine Technik. Die Orthoröntgenographie ist in den 3 Jahren seit Erscheinen der ersten Auflage wesentlich vervollkommnet und hat an Wichtigkeit für den inneren Kliniker bedeutend gewonnen. Dem ist im 22. Kapitel Rechnung getragen. Die wichtigsten verschiedenartigen Modelle sind aufgeführt und abgebildet. Beim Kapitel Fremdkörper ist das Grashey'sche Verfahren zum Operieren in gleichzeitigem Röntgen- und Tageslicht mit angeführt. Den Schluß des Buches bildet das stereoskopische Verfahren.

Das Buch ist aus der Praxis heraus und für die Praxis geschrieben, es bringt die eigene, subjektive Auffassung des Verf.s, und er vertritt demgemäß an mehreren Stellen seinen Standpunkt in dem Streit, ob »große« oder »kleine« Induktoren zu verwenden sind. — Das Buch wird seinen Zweck, ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende zu sein, aufs beste erfüllen.

Trapp (Bückeburg).

---

5) **Deycke Pascha.** Knochenveränderungen bei Lepra nervorum im Röntgenbilde.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 1.)

Verf. gibt zunächst die ausführlichen Krankengeschichten von zehn Leprafällen und eine detaillierte Schilderung der durch das Röntgenbild nachgewiesenen Knochenveränderungen wieder. Letztere sind keine produktiven Bildungen; es fehlt ihnen jede reaktive Entzündung oder Sklerose des Knochengewebes selbst bei den weitest vorgeschrittenen Zerstörungsprozessen. Es handelt sich um rein destruktive resp. resorptive Vorgänge mit Verminderung des Kalkgehaltes, Auflösung der phosphorsauren und kohlensauren Kalksalze der Knochensubstanz.

Die primäre Ursache dieser Kalkresorption ist nach Verf. nicht auf nervöse oder zirkulatorische Störungen zurückzuführen. Auch die Annahme, daß die Knochenzerstörung durch ein von den Leprabazillen erzeugtes kalklösendes Agens oder durch eitrige Einschmelzung bedingt sei, weist D. als sehr unwahrscheinlich zurück. Nach seiner Ansicht werden die leprösen Knochenzerstörungen geschaffen durch Funktionsparesen oder -paralysen der entsprechenden, im physiologischen Sinne trophischen Neurone.

Gaugele (Zwickau).

---

6) **H. Küttner.** Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Kriegschirurgie.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1905. Nr. 9.)

Nach einem Rückblick auf die Verwendung des Röntgenverfahrens in dem Kriege der letzten Jahre betont K. die den Röntgenstrahlen

zu dankende Erweiterung der theoretischen Erkenntnis der Schußverletzungen und die Förderung des kriegschirurgischen Unterrichts durch Röntgenbilder von Schußverletzungen. Die Röntgenstrahlen ermöglichen die Feststellung des Sitzes steckengebliebener Geschosse auch in Fällen, bei welchen die sonstige klinische Untersuchung keine Anhaltspunkte gibt, was um so wichtiger ist, als nicht nur Granatsplitter und Schrapnellfüllkugeln, sondern auch die heutigen kleinkalibrigen Mantelgeschosse unerwartet häufig im Körper zurückgehalten werden. In der Technik der Geschoßaufsuchung hat sich dem Verf. die Perthes'sche Fremdkörperpunktion, sowie die stereoskopische Röntgenaufnahme mittels des Hildebrand'schen Apparates bewährt. Ferner gestattet das Röntgenverfahren bei Verletzungen des zentralen oder peripheren Nervensystems die Entscheidung über das Vorhandensein oder Fehlen von Geschossen, Knochensplittern und über ihre Lage. Endlich kommt es bei den Knochenverletzungen des Krieges für die Stellung der Prognose und für die Beurteilung von Störungen des Heilungsverlaufes in Betracht.

Das Röntgenverfahren gehört im Kriege in die Lazarette, möglichst aber auch schon in die Feldlazarette, sofern kriegstüchtige Apparate vorhanden sind. Vorbedingung für diese ist eine zuverlässige eigene Elektrizitätsquelle, die stromerzeugende Dynamomaschine und deren Motor. Mehrere Krankengeschichten aus des Verf. Erfahrung in den letzten Kriegen und viele Abbildungen sind beigefügt.

G. Schmidt (Berlin).

---

7) **Moser.** Behandlung von Gicht und Rheumatismus mit Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 1.)

Nach Mitteilung einer Reihe sehr interessanter Krankengeschichten faßt M. die Ergebnisse seiner Beobachtungen und Versuche in folgenden Sätzen zusammen:

»1) Bei gichtischen und rheumatischen Erkrankungen bilden die Röntgenbestrahlungen ein äußerst wirksames Heilmittel.

2) Bei gichtischen Erkrankungen, besonders frischen Gichtanfällen, sind im Anfange nur kurze Bestrahlungen anzuwenden, etwa von einer Minute Dauer.

3) Rheumatische Erkrankungen benötigen meist eine längere Bestrahlungsdauer.

4) Die Röntgenbestrahlungen sind nicht nur als schmerzstillendes Mittel anzusehen, sie wirken vielmehr bei beiden Krankheiten auf das Grundleiden selbst (Zurückgehen der Gelenksergüsse, Besserung der Herztätigkeit, Aufhören der Nachtschweiße, Beweglichwerden versteifter Gelenke, milderes Auftreten der Gichtanfälle).

5) Über Dauerresultate ist noch nichts Sicheres zu sagen, doch kann man aus den Krankengeschichten schon erkennen, daß die Behandlung anderen Behandlungsarten darin nicht nachsteht.«

Verf. gibt noch an, daß nach der ersten Bestrahlung die Schmerzen meist etwas zunehmen.

Bezüglich der Technik ist zu bemerken, daß die Bestrahlungen an großen Gelenken mit harten, an kleinen mit mittelweichen Röhren in einer Entfernung von 15—20 cm vorgenommen wurden.

Gaugele (Zwickau).

---

8) **R. Kienböck.** Über die Röntgenbehandlung der Sarkome.

(Rapport présenté au 1. congrès international de physiothérapie. Liège 1905.) Anvers 1905.

Verf. bringt eine Zusammenstellung aller bekannten 53 Fälle und fügt 10 eigene hinzu. Die Resultate hat er in verschiedener Hinsicht gruppiert. Eine lokale Wirkung (Verkleinerung, Heilung etwaiger Ulzerationen, Beseitigung von Schmerzen) tritt fast regelmäßig ein, oft auch eine Allgemeinwirkung (Besserung des Allgemeinbefindens, Kräftezustandes, Appetites, Schlafes und der Anämie). Bei einer Zusammenstellung aus den Angaben der vier Autoren, welche über ein größeres Material verfügten, ergibt sich ein Verhältnis von Erfolg zu Mißerfolg wie 3 : 1, und ebenso von Schrumpfung zu vollkommenem Schwund wie 3 : 1. Alveoläre und Drüsensarkome geben günstigere Resultate als Rund- und Spindelzellensarkome. Bei den von der Haut und den Lymphdrüsen ausgehenden Sarkomen tritt in der Regel bedeutende Schrumpfung bis Schwund, bei den von Muskeln und Fascien entspringenden kein Erfolg ein. Oberflächlich gelegene, von Lymphdrüsen ausgehende, in raschem Wachstum begriffene, weiche Geschwülste werden am leichtesten zur Schrumpfung gebracht. Eine vollkommene Heilung der Sarkome durch Röntgenbehandlung ist möglich. Grund zur Annahme einer schädlichen Wirkung auf sie liegt heute nicht vor. Bei allen Sarkomen ist die Radiotherapie zuerst zu versuchen.

Über die Technik gibt Verf. an, daß Geschwulst und infiltrierte regionäre Drüsen zu bestrahlen sind, große Geschwülste mehrstellig, mit mittlerem bis hartem Röntgenlichte. Zweckmäßig ist die Verabreichung sog. Normaldosen, d. h. etwa 14 Tage nach einer Bestrahlung soll eine Röntgendermatitis ersten Grades eintreten. Nach Ablauf dieser weitere Bestrahlung. Ist nach 2—3 Monaten keine Wirkung auf Geschwulst oder Schmerzen zu konstatieren, so soll man abbrechen, bei voller Wirkung dagegen noch längere Zeit in größeren Pausen bestrahlen. Bei der Exposition empfiehlt sich dringend Anwendung eines Radiometers.

Renner (Dresden).

---

9) **N. Senn** (Chicago). Jodine in surgery, with special reference to its use as an antiseptic.

(Surgery, gynecology and obtetrics, an international magazine, published monthly Chicago 1905. Nr. 1.)

Der Artikel ist das hohe Lied auf Jod und seine Salze als Antiseptikum, insbesondere auf Tinctura jodi und Jodkalium bei Heilung äußerer Krankheiten. Nach einer sehr erschöpfenden historischen

Einleitung, in der alle bisher mit Jod gemachten günstigen Erfahrungen zusammengestellt sind, geht Verf. zu seinen eigenen Beobachtungen über; zuerst zu den auf Veranlassung des Verf.s von Kinnamann gemachten Reagensglasversuchen, die beweisen, das Streptokokken und Staphylokokken in einer wäßrigen Lösung von $^1/_5 : 100$ in einigen Minuten, von 1 : 100 sofort abgetötet werden. Praktisch benutzt Verf. Tinctura jodi zur Vervollständigung der Händedesinfektion durch Eintauchen der Fingerspitzen nach beendeter gebräuchlicher Desinfektion. Verf. tut dies dann, wenn er keine Gummihandschuhe benutzt, deren Gebrauch er für Operationen im Bauch und an Gelenken eingeschränkt hat. — Sehr warm empfiehlt er die Sterilisation des Catgut mit Jodjodkalium nach Claudius.

Verf. hat nie unangenehme Nebenwirkungen gesehen und lobt besonders die Elastizität und Haltbarkeit. Wird das Catgut nach längerer Zeit brüchiger, so glaubt Verf., daß dies nur an der Fehlerhaftigkeit des Rohcatguts liegt; das deutsche Catgut ist nach diesen Erfahrungen das beste. Eitrige Gelenke durchspült Verf. mehrmals mit Lösungen von Jodtinktur 1 : 100, ohne unangenehme Nebenwirkungen, mit gutem Heilerfolg. — Besonders lobt Verf. die Wirkung der Jodtinktur auf Erysipel und Lymphangitis. Die erkrankten Stellen werden mit durch Jodtinktur durchtränkten Baumwolltüchern bedeckt, die Verdunstung der Jodtinktur durch Einhüllen mit impermeablen Stoffen verhindert. Bei der Einwirkung der Jodtinktur auf Kropf, auf ausgedehnte Aktinomykosen usw. hält Verf. es für das wesentlichste, die Resorption des Jods durch Kataphorese zu befördern. Er sah bei kataphoretischer lokaler Behandlung mit Jodtinktur große, stenosierende Kröpfe und schwere Formen von Halsaktinomykose nach wenigen Wochen sich zurückbilden. Zum Schluß preist Verf. das Jod als das sicherste und kräftigste Antiseptikum und vor allem als das Antiseptikum, das am wenigsten die Gewebe verletzt, weil es höchstens lokale aktive Leukocytose macht, die die Rückbildung günstig beeinflußt. — Die Reagensglasversuche, auf welche Verf. die starke antiseptische Wirkung der Jodtinktur stützt, wären nach Ansicht des Ref. dahin zu ergänzen, inwieweit Jod auch in eiweißhaltigen Nährböden die Bakterien beeinflußt.

Daß wäßrige Bakterienaufschwemmungen getötet werden, dürfte für die Übertragung in vivo nicht genügend beweisend sein. Das Eintauchen der Fingerspitzen in Jodtinktur wurde bis vor etlichen Jahren auch an der v. Mikulicz'schen Klinik geübt; wir kamen damals davon ab, weil Jod sich zu schnell verflüchtet und bei längerer Anwendung die Haut reizt. Wir haben später anstelle der flüchtigen Jodtinktur die sehr haltbare Isoformpaste benutzt, die sehr lange wirkt, ein besonders starkes Antiseptikum ist und normale Haut niemals reizte.

Heile (Wiesbaden).

---

10) **A. Young** (Glasgow). Skin-grafting in the late treatment of severe burns involving extensive areas of skin. 29 S. u. 11 Taf.

(Division of surgery of the med. school of Harward university, Boston.)

Nach Schilderung der Wolfe-Krause'schen Methode der Transplantation gibt Verf. eine Beschreibung der von ihm angegebenen Modifikation. Die Unterschiede von der alten Methode liegen im wesentlichen in drei Hauptpunkten:

1) Im Ausschneiden und der Vorbereitung der Transplantationen und dem Verschluß der frischen Wunde.

Der zu transplantierende Hautlappen wird bis zur Fascientiefe exzidiert und wegen der bald eintretenden Schrumpfung etwas größer gewählt. Der aus Haut und dem unterliegenden Fette bestehende Lappen wird in Kochsalz- oder Boraxlösung gelegt, der Defekt durch Naht geschlossen. Die granulierende Fläche wird durch einen Karbol- oder Borsäureverband desinfiziert, ungesunde Granulationen werden event. entfernt; damit ist dem Hauptpunkte:

2) der Vorbereitung der granulierenden Oberfläche zur Transplantation Genüge geleistet.

3) Der Verband der Transplantationen, von denen nunmehr das Fett mit der Schere erst abgeschnitten wird, besteht aus weitmaschigen in Kochsalz- oder Boraxlösung getauchten Gazestreifen, event. aus hausenblasehaltigem und nach den Angaben Y.'s hergestelltem Verbandmaterial. Über die Gazestreifen kommt eine Guttaperchaschicht.

Y. hat 12 Fälle teils sehr schwerer Verbrennungen nach der angegebenen Methode mit gutem Erfolge transplantiert.

Grünberg (Leipzig).

---

11) **C. Zarniko.** Die Krankheiten der Nase und des Nasen-Rachens mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik. Zweite, vollkommen neu bearbeitete Auflage. II. Hälfte.

Berlin, **S. Karger,** 1905.

Was der vor 2 Jahren erschienene erste Teil versprochen, hat der zweite voll und ganz gehalten. Verf. gibt eine geradezu mustergültige Darstellung des heutigen Standes der speziellen Pathologie und Therapie von Nase, Nasen-Rachen und Nebenhöhlen. Neben der eigenen auf einer ausgedehnten Praxis basierenden Erfahrung verfügt Z. über eine seltene Beherrschung der Literatur. Kein Kapitel findet eine ungerechtfertigte Bevorzugung in der Ausdehnung der Darstellung, alle Abschnitte werden mit der ihnen zukommenden Sorgfalt abgehandelt. Im einzelnen wäre noch besonders hervorzuheben, daß Verf. auch fast ganz von der Anwendung der elektromotorisch getriebenen Säge und Trephine zur Beseitigung von Septumdeviationen abgekommen zu sein scheint, die er mit vollem Recht als brüsk bezeichnet. Bei den typischen Nasen-Rachenpolypen rät Verf. als Anhänger

der gesetzmäßigen Spontaninvolution zur Palliativoperation, besonders Elektrolyse und Galvanokaustik, und hofft, daß das Schicksal der eingreifenden Radikaloperationen (Tracheotomie mit folgender Aufklappung der Nase oder Oberkieferresektion und daran anschließender Exstirpation) »endgültig besiegelt« sei; Z. beruft sich hier besonders auf das autoritative Urteil von Bruns. Auch das Kapitel über die Nebenhöhleneiterungen steht vollkommen auf der Höhe und läßt nirgends die großen Fortschritte außer acht, welche die Rhinologie gerade auf diesem Gebiet in den letzten Jahren gemacht hat. Bei aller Anerkennung der Killian'schen Stirnhöhlenoperation gebe es eben doch Fälle (sehr tiefe Höhlen), bei denen eine Entstellung unvermeidlich sei. Hierfür empfiehlt Z. Winckler's osteoplastische Methode.

So sieht man, wie Verf. überall kritisch abwägt und nicht nur eine Zusammenstellung der empfohlenen Methoden usw. gibt. Das genaue Literaturverzeichnis ist für Kreise, denen keine große fachspezialistische Bibliothek zur Verfügung steht, von großem Wert. So hat Z. ein Lehrbuch der Rhinologie geschaffen, das ohne Übertreibung wohl von keinem anderen übertroffen wird. Die Ausstattung des rühmlichst bekannten Verlages entspricht allen Anforderungen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

12) **Lermoyez.** Tumeurs nasales à penghawar.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. Avril.)

L. bemerkte wiederholt, daß nach Anwendung von Penghawar zwecks Blutstillung bei Nasenoperationen an der tamponierten Stelle eigentümliche Geschwülste entstanden. Sie erwiesen sich histologisch als Granulationsgeschwülste, die sich um zurückgebliebene Fasern der blutstillenden Substanz gebildet hatten. **Hinsberg** (Breslau).

---

13) **Ménière.** Essai critique sur le position de Rose à propos des opérations dans le nez, l'arrière nez et la gorge.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. Avril.)

M. erklärt sich auf Grund seiner eigenen Erfahrungen, die auf ca. 7000 Operationen beruhen, gegen die Anwendung der Rose'schen Hängelage bei der Operation der hypertrophischen Rachenmandel. Auch Narkose hält er dabei für völlig überflüssig und, da sie doch immer eine gewisse Gefahr mit sich bringt, für verwerflich.

Hinsberg (Breslau).

---

14) **Taptas.** Mon procédé pour le cure radicale de la sinusite frontale.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. Septembre.)

Die Grundzüge der von T. geübten Operationsverfahren zur Beseitigung von Stirnhöhleneiterungen sind folgende: Schnitt durch die Augenbraue, Resektion der Vorderwand der Stirnhöhle und des Proc.

frontalis des Oberkiefers. Nach Ausschabung der Stirnhöhle wird dann durch sorgfältige Zerstörung aller Siebbeinzellen eine möglichst weite Verbindung zwischen Stirn- und Nasenhöhle geschaffen. Primäre Naht. Die durch Resektion der knöchernen Wand mobilisierte Haut wird dann durch Druckverband auf die mediale Stirnhöhlenwand fest angedrückt. T. erzielt durch dieses Verfahren fast stets primäre Heilung. Bei doppelseitiger Erkrankung wird das Septum zwischen beiden Stirnhöhlen mit fortgenommen.

Von dem Killian'schen Verfahren unterscheidet sich das T.'s in der Hauptsache dadurch, daß das Orbitaldach unversehrt bleibt, das K. bekanntlich reseziert. Nur bei sehr großen Höhlen öffnet auch T. das Obitaldach, um zu starke Einsenkung der Haut zu vermeiden.

Hinsberg (Breslau).

---

15) **Sebileau.** Réflexion sur la cure chirugicale de la sinusite frontale chronique.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1905. Janvier.)

S. warnt in dem recht lesenswerten Aufsatze vor einem Schematismus in der chirurgischen Behandlung der Stirnhöhleneiterung: Man dürfe nicht eine bestimmte Operationsmethode für die einzig brauchbare, für alle Fälle passende ansehen, sondern man müsse sich in jedem Falle nach den gerade vorliegenden Verhältnissen richten. S. hält es z. B. für unnötig, bei jeder Stirnhöhlenoperation das ganze Siebbein auszuräumen, wie das Killian z. B. empfehle. S. selbst beschränkt sich in der Regel auf Resektion der vorderen Stirnhöhlenwand, Ausschabung der geschwollenen Schleimhaut und Erweiterung des Ductus naso-frontalis, der nicht drainiert wird. Er berichtet über gute Resultate.

Hinsberg (Breslau).

---

16) **Guibé.** Sur la pathogénie des grenouillettes.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 2.)

Die Entstehung der Ranula aus angeborener Anlage ist zwar nur eine Hypothese, aber sie hat wegen des histologischen Aufbaues der einzelnen Schichten, Verhalten des Epithels ohne Basalmembran zu der unterliegenden Embryonalrundzellenschicht, wie man es bei allen angeborenen Schleimcysten am Halse findet, jedenfalls viel Wahrscheinlichkeit für sich. Das Fehlen charakteristischer Speichelbestandteile (Ptyalin und Rhodankalium) spricht gegen den Zusammenhang mit den Speicheldrüsen. Diese Schleimcysten stammen entweder von epithelialen Elementen der Wangenschleimhaut ab, welche zugleich mit Blindsackfollikeln der Glandula sublingualis sich entwickeln, oder von parasalivären Zellhaufen, welche bei der Anbildung der Sublingualis liegen geblieben sind und welche, obwohl sie noch nicht in der Sublingualis selbst beobachtet sind, doch ein Analogon bilden würden für die Lymphknoten in der Parotis (Veisse) und in der Submaxillaris (Rawitz). Ein »Canalis paralingualis externus«, der

nach Behauptung von Cunéo und Veau die Herkunftsstelle dieser Zellhaufen sein soll, existiert im Fötalleben nie.

Herm. Frank (Berlin).

---

17) **Marfan.** Cornage congénital chronique. Hypertrophie du thymus, syphilis héréditaire.

(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXIII. p. 49.)

18) **Hochsinger.** Considérations sur le stridor d'origine thymique chez les enfants.

(Ibid. p. 97.)

M. stellt im Anschluß an seinen durch die Überschrift charakterisierten Fall drei Typen von chronischem Stridor des ersten Lebensjahres auf.

1) Stridor infolge von Mißbildung des Kehlkopfeinganges. Hierbei wesentlich inspiratorischer Stridor, der durch Intubation (die aber hier nicht nötig ist), verschwindet. (Das Geräusch klingt mehr meckernd, ist im Schlafe oft stärker ausgeprägt als im Wachen. Ref.)

2) Stridor infolge von Kompression am Thoraxeingange durch die vergrößerte Thymus ist inspiratorisch und exspiratorisch. Akzentuierung am Ende der Inspiration.

3) Stridor infolge von Bronchialdrüsenverkäsung ist wesentlich exspiratorisch.

Während die beiden ersten Typen meist in den ersten Wochen erscheinen oder angeboren sind, tritt letzterer nicht vor Ende des 3. Monats auf.

Auffällig ist in M.'s Falle, daß, obgleich der Stridor die ganze Lebenszeit ($1^1/_2$ Jahr) bestanden hatte, die Trachea, die vor der Eröffnung des Thorax bei Exploration vom Hals aus komprimiert erschien, nach Öffnung des Thorax kein Zeichen von Kompression zeigte.

H. stimmt M. im wesentlichen, was den zweiten Typus anbetrifft, zu. Er bedient sich zur Feststellung der Diagnose neben der Perkussion der Röntgenographie. Die Differentialdiagnose ist auch praktisch von Wichtigkeit, seitdem Rehn, König und Glocker je einen Fall durch partielle Abtragung der Thymus oder Vorziehen derselben geheilt haben.

M. spricht die Vermutung aus, daß die einfache Thymushypertrophie in irgendeiner Beziehung zu der Syphilis, vielleicht als Kompensation für die erkrankte Milz in seinem Falle, stände. Diese Vermutung bestätigt H. durch den vermittels Röntgenographie geführten Beweis der Verkleinerung einer hypertrophischen Thymus durch Schmierkur.

F. Göppert (Kattowitz).

---

19) **O. Chiari.** Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Wien, **Franz Deuticke,** 1905.

Der vorliegende III. Teil bildet den abschließenden Band von C.'s »Krankheiten der oberen Luftwege«. Nach einer ausführlichen anatomischen Beschreibung folgt eine etwas knappere Darstellung der Physiologie. Etwas gezwungen in der Einteilung erscheint es, daß Verf. die sensiblen und motorischen Neurosen abhandelt, bevor er die Untersuchungsmethoden beschreibt. Die Leser dieser Zeitschrift dürfte vor allem interessieren, daß Verf., entgegen den von anderer Seite hier und da schüchtern auftauchenden Empfehlungen, bei wenig ausgedehnten Karzinomen des Kehlkopfinnern endolaryngeal vorzugehen, auch »bei noch so kleinen Neubildungen« Anhänger extralaryngealer Methoden ist. Für Neuauflagen dürfte es sich empfehlen, der immer mehr an Bedeutung gewinnenden Tracheo- und Bronchoskopie mehr Raum zu widmen. Im übrigen spricht aus dem Buche überall das abgeklärte, auf großen Erfahrungen beruhende Urteil eines objektiv und kritisch denkenden Fachmannes. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

20) **G. Killian.** Bronchoskopie und Lungenchirurgie.

(Verhandlungen süddeutscher Laryngologen 1905.)

Die großen Fortschritte, welche die Bronchoskopie gezeitigt hat, würden, so meint der Vater dieser Methode, bald auch der Lungenchirurgie nützliche Dienste leisten. Wenn die Lungenherde in Beziehung zum Bronchialbaum und speziell zur Bronchiallichtung stehen und durch Abscheidung von Zerfallsprodukten, Blut, Eiter usw., in die Bronchien offene Herde sind, so sind sie der bronchoskopischen Diagnose zugänglich. Die genaue topographische Bestimmung des affizierten Bronchialastes mittels eingeschobenen Rohres weise den Operateur auf den zugehörigen kegelförmigen Bezirk Lungengewebe hin, dessen Basis der Thoraxwand anliegt. Eine Vertiefung der heutigen togpographisch-anatomischen Kenntnisse in bezug auf Zugehörigkeit bestimmter Bronchien zu bestimmten Lungenabschnitten werde hierfür noch von großem Nutzen sein. Einfacher ist es aber, mit 5 mm-Röhren möglichst weit vorzudringen und durch diese Sonden hindurchzuschieben. Der Beweis für die Möglichkeit, auf diese Weise periphere Lungengebiete zu untersuchen, ist durch Röntgenbilder erbracht, und zwar am Lebenden. Auf diesem Wege dürfte es möglich sein, nach Eröffnung des Brustkorbes die Sonde durchzufühlen und so leicht den Herd zu eröffnen. Hoffentlich würden dadurch vergeblich ausgeführte Fremdkörperpneumotomien vermieden werden. Endlich erwähnt Verf., daß er bereits versucht habe, von der Brustwand aus Pleuraraum und Lungenoberfläche zu untersuchen (Pleuroskopie). Als weiteres Ziel schwebe ihm vor, der Sonde entlang ein Rohr in die Lunge einzuführen (Pneumoskopie), den Fremdkörper so zu finden und

auch zu extrahieren. Verf. hält all' dies nicht für Theorien, sondern für sehr bald realisierbare Vervollkommnungen seiner Methoden.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

21) **Bittorf.** Die Bedeutung des linken mittleren Herzschattenbogens.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 1.)

Verf. hat durch seine Versuche nachgewiesen, daß der mittlere linke Herzbogen vorwiegend von der Arteria pulmonalis (oberem, dunklerem Teil) und zum geringeren, unteren, helleren Teile vom linken Herzohr gebildet wird. Der linke Vorhof an sich ist weder bei dorsoventraler Stellung, noch bei Linksverdrehung, weder bei Normalen noch bei Kranken sichtbar. Bei pathologischen Zuständen kann Vergrößerung der Pulmonalis oder des linken Herzohres eine Vergrößerung des Mittelbogens bedingen.

Gaugele (Zwickau).

---

22) **Braatz.** Die operative Behandlung der Geschwülste der weiblichen Brust.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 32.)

B. empfiehlt die Entfernung jedes gutartigen Knotens der Brustdrüse unter Schleich. Bei bösartigen Geschwülsten ist stets unter Allgemeinnarkose zu operieren. Die Schnitte legt B. so, daß keine Narbe in die Achselhöhle kommt. Der erste Schnitt geht von der Mitte des Brustbeines bis zum Rande des Latissimus. Von diesem läuft ein senkrechter Schnitt bis zum äußeren Drittel des Schlüsselbeines. Nachdem die Ansätze der Pectoralis major und minor durchtrennt, die Vene möglichst freigelegt ist, wird im dritten Hautschnitt unterhalb der Drüse die Ellipse geschlossen und die ganze Drüse mitsamt den Muskeln, dem Fett und Drüsen der Achselhöhle entfernt. Gleich nach Heilung der äußeren Wunde wird mit der medikomechanischen Nachbehandlung begonnen.

Borchard (Posen).

Kleinere Mitteilungen.

23) I. Kongreß der internationalen Gesellschaft für Chirurgie zu Brüssel, 18.—22. September 1905.

(Schluß.)

IV. Sitzung am 21. September 1905.

Die Behandlung der Gelenktuberkulose.

1. Ref. Bier (Bonn): Obschon auf dem Standpunkte stehend, daß nirgends weniger schulmeisterliche und schematische Behandlung am Platze sei als bei Gelenktuberkulose, wendet er bei ausgesprochen konservativer Richtung fast durchgehend zuerst die Stauungshyperämie an. Technik und Theorie sind vom XXXIV. deutschen Chirurgenkongreß her so bekannt, daß im allgemeinen darauf verwiesen werden kann. Jodoform intraartikulär — ohne Stauung — verwendet B. noch bei Hydrops tuberculosus und großem, die ganze Gelenkhöhle ausfüllendem

Abszeß. Von tuberkulösen Gelenken aller Erkrankungsstadien, die nach seiner Methode 9 Monate lang behandelt wurden, heilten aus: das Handgelenk in 88%, das Fußgelenk in 61,5%, das Ellbogengelenk in 72,7%. Von 13 nach B. behandelten Kniegelenken mußten 8 reseziert werden.

2. Ref. Broca (Paris) hält fest am grundsätzlichen Unterschiede zwischen Tuberkulose der Gelenke bei Kindern und Erwachsenen; die Hauptgesichtspunkte der Therapie sind möglichster Konservativismus, Erzielung beweglicher oder doch in günstiger Stellung ankylosierter Gelenke. Dies erreicht man am sichersten durch absolute Immobilisation event. mit Kompression bei gleichzeitig roborierender Behandlung des Individuums. Einspritzungen verwendet B. fast nie — höchstens 10% Jodoformäther. Nach $1^1/_2$—2monatiger Immobilisierung geht er zu ambulanter Behandlung mit Apparaten über. In fehlerhafter Stellung befindliche Gelenke trägt er kein Bedenken zu redressieren oder durch Extension zu korrigieren. Der von Verneuil erhobene Vorwurf, daß durch brüskes Redressement miliare Aussaat und Meningitis erzeugt würden, fällt durch die Statistik Jalaguier's zusammen, wonach bei nur extendierten Hüftgelenkentzündungen Meningitis noch häufiger sei. Anders bei ankylotisch bzw. in schlechter Stelle bereits geheilten Gelenken: hier ist er ein Gegner der Korrektion in Narkose und empfiehlt nach Beendigung des Wachstums die orthopädische Osteotomie oder Resektion. Für diese, ebenso wie für therapeutische Resektionen soll nach Möglichkeit ein Alter von 15 Jahren als unterste Grenze gelten, weil früher ausgeführte Abtragungen der Epiphyse, besonan Knie und Hüfte, das Wachstum bedenklich schädigen. Erweist sich die konservative Behandlung als zwecklos, so ist bei schwerem Verlauf im Kindesalter die Amputation der entweder unvollständigen oder, wenn ausgiebig gemacht, zu unbrauchbaren Resultaten führende Resektion vorzuziehen. Die Erfolge konservativer Behandlung müssen durch lange fortgesetzte orthopädische Zelluloid- und Hülsenapparate mit Scharnieren usw. erhalten und verbessert werden.

3. Ref. Willems (Gent) gibt uns in vorzüglichem Bericht einen Überblick über die operativen Leistungen und Indikationen bei Gelenktuberkulose. Man dürfe zuvörderst beim Vergleiche zwischen konservativer und operativer Behandlung nicht vergessen, daß 1) ein großer Teil von Eingriffen an tuberkulösen Gelenken in Zeiten zurückfiele, in welchen sowohl Technik und Indikationsstellung als auch die Grundsätze der Nachbehandlung nicht genügend studiert waren; 2) das zur Operation gelangende Material an sich das ungünstigere sei. Zunächst ist festzustellen, daß trotz des entschiedenen Umschlages zu konservativer Behandlung — fast im Exzeß — eine ganze Reihe von Chirurgen zu aktiver Therapie selbst bei Kindern neigen. Dies beleuchtet zur Genüge die Schwierigkeit, gültige Indikationen aufzustellen; diese richten sich 1) nach dem Zustande der Lokalisation; 2) dem Gesamtzustande der Kranken; 3) der Art der Lokalisation.

Ad 1) herrscht für die Bevorzugung der operativen Behandlung weitgehende Übereinstimmung für sozial schlecht gestellte, über 15 Jahre alte Pat. mit Fisteln, nachweisbaren Sequestern (nach Riedel 46% der Fälle), sogar bei noch geschlossenen Eiterungen. Ad 2) wird man bei multipler Tuberkulose geneigt sein, den meist erkrankten Herd auszuschalten durch Amputation. Ad 3) Da die Resektion des Kniegelenkes bei Kindern zu Verkürzungen und Kontrakturen führt, ist in schweren Fällen die Amputation vorzuziehen. In der Verurteilung der Resektion bei Erwachsenen steht Hartmann (Nancy) ziemlich vereinzelt da. Die erheblichsten Schwierigkeiten bietet die Heilung der Hüftgelenkstuberkulose, schon durch die Häufigkeit der Sequesterbildung (in fast 80%). Die Gefahr der Resektion besteht bei Kindern nicht so sehr im Zurückbleiben des Wachstums, als der Verkürzung durch Hochrücken, sowie der technischen Schwierigkeit, radikal zu sein. Somit ist im wesentlichen konservatives Vorgehen nach Möglichkeit zu empfehlen. Im Gegensatze zu den unteren Extremitäten, wo Ankylosen kein ungünstiges Resultat darstellen, ist es bei den oberen unser Ziel, den zur Ankylose neigenden Naturheilungsvorgängen zuvor zu kommen. So ist für das Ellbogengelenk — von ganz leichten Fällen abgesehen — die Resektion zu empfehlen, zumal Verkürzung ganz ausbleibt, ebenso für das Schultergelenk mit hohem Sequesterprozentsatz und

frühzeitiger Atrophie des Deltoideus, während man beim Handgelenk erst nach langer vergeblicher Behandlung mit Injektionen usw. und weit vorgeschrittener Zerstörung zur Resektion schreiten wird. Das Fußgelenk, das man bei Kindern erfolgreich lange konservativ behandelt, soll bei Erwachsenen frühzeitig reseziert, bei ausgedehnten Prozessen besser der Amputation unterworfen werden.

Das Literaturverzeichnis umfaßt 128 Angaben.

4. Ref. Codivilla (Bologna) faßt hauptsächlich die funktionellen Resultate der Behandlung von Gelenktuberkulose ins Auge. Die allgemeinen Grundsätze, Schonung der Muskelansätze, des Bandapparates, des Skeletts (beim Ellbogengelenk), die verschiedenen operativen Maßnahmen zum Ausgleiche von Verkürzungen — Osteotomie usw. — werden gemäß den herrschenden Anschauungen besprochen. Bei konservativer Behandlung besonders muß die Methode das Ziel nach beweglichem Gelenke mit dem der Heilung des Prozesses sorgfältig vereinigen, unnütze Bewegung, entzündliche Reizung, Kompression der Knorpel gegeneinander vermeiden. Die ganze Heilungsdauer bedürfe der röntgenoskopischen Kontrolle. Im Gegensatze zu den übrigen Ref. spricht C. sich für Resektion des Kniegelenkes — mit Schonung der Epiphysenlinie — auch bei Kindern aus; er verwirft das Redressement forcé. Zur Vermeidung der Kontraktur verpflanze man die Beugesehne nach vorn.

5. Ref. Bradford (Boston) betont in seinem ziemlich kurz gehaltenen Berichte neben dem operativen Vorgehen, das in erster Linie alles zerstörte Gewebe zu entfernen habe und nicht zu radikal sein dürfe, den großen Nutzen der Behandlung im Freien. An der Hand zahlreicher Röntgenogramme, Photographien und gemalter Tafeln demonstriert er die Veränderungen des Oberschenkelkopfes durch die Tuberkulose, sowie den Einfluß der Extensionsbehandlung.

Diskussion: Lebrun (Namur) hat seit mehreren Jahren keine Resektionen bei Kindern gemacht. Durch konservative Behandlung — Fixation und Injektionen, die freilich nicht spezifisch wirkten — lassen sich etwa 30% in 25—30 Monaten heilen. Doch sei in frischen Prozessen, solange noch keine ostalen Herde bestehen, die Arthrektomie die Operation der Wahl, weil bei Kindern die rein synoviale Erkrankung häufig sei. Die Blutstillung und Aseptisierung der Wundfläche erreicht er mit dem Thermokauter, und er drainiert die ersten 48 Stunden.

Garrè (Breslau) behandelt Hüft- und Handgelenk nach bekannten Grundsätzen konservativ und hat besonders für letzteres gute Ergebnisse erzielt. Beim Knie- und Fußgelenke gibt die gleiche Methode vielleicht gutes bei lange kontrollierbaren Kranken; sein bisheriges, sozial schlecht gestelltes Material nötigte ihn hier zu häufigen Operationen.

Seine Statistik ergibt für 300 Kniegelenke: Von 100 Fällen wurden 46 konsequent konservativ behandelt und geheilt; bei alten Leuten enthält er sich der Resektion und amputiert wenn nötig. 185 Fälle operativer Behandlung ergaben was folgt: 8mal führte Arthrektomie zur Heilung, freilich zum Teil mit Kontraktur, 177mal wurde reseziert — schonend — mit 86% Heilungen, 8% Besserungen, darunter wiederum Verkürzungen und Kontrakturen. Das Resultat war schlecht in 7,7%, gut in 92,3%; d. h. die Heilung war mit fester Ankylose, ohne Fistel, mit einer Verkürzung von etwa 2 cm und einem Winkel von 150° höchstens erfolgt.

Beim Fußgelenk ist G. radikaler vorgegangen; 32 Fälle wurden, weil günstig durch konservative Behandlung mit 2—15 Einspritzungen in ca. 9 Monaten geheilt; doch zeigten 56% mit konservativem Verfahren Mißerfolge; 60 Fälle wurden der Resektion unterworfen, trotz teilweise ausgedehnter Zerstörung mit 48 Ausheilungen; darunter manche in kurzer Zeit, z. B. bei Kindern, und selbst mit beweglichem Gelenke.

Hoffa (Berlin): Obwohl im allgemeinen der konservativen Behandlung zuneigend, erkennt er die großen Fortschritte der operativen völlig an. Wichtig sei die orthopädische Nachbehandlung und der Aufenthalt in freier Luft. Die Gehverbände müssen zwei Bedingungen genügen: 1) der Ruhigstellung, 2) der Extension. Sie ersetzen den Gipsverband, sobald das Schwinden des Fiebers, der

Kontraktur und des Schmerzes die Ruhelage entbehrlich machen, und es ist dann wesentlich, sie mit Tretbügeln zu versehen und gute Stützpunkte zu geben. Die Apparate sind nach Hessing modifiziert und den jeweiligen Fällen im einzelnen angepaßt, mit Scharnieren, Schienen, Seitendruck usw. versehen.

Verneuil (Middelderke) betont den Unterschied im Verlaufe der Gelenktuberkulose bei Kindern und Erwachsenen; jedoch solle man sich die Kritik bewahren und den Allgemeinzustand beachten; Methoden sind nicht entscheidend. Vor allem sei Geduld nötig, und vermeide man Amputationen. Am günstigsten sind die Operationsergebnisse bei geschlossener Tuberkulose. V. warnt vor Drain und näht nicht bei infizierter Tuberkulose.

Walther (Paris) ist sehr konservativ und rühmt hierbei die Chlorzinkinjektionen nach Lannelongue, mit Hilfe deren man die konservativen Indikationen auch auf Erwachsene ausdehnen kann. Auch wenn schon Fisteln vorhanden sind, versucht W. zuerst, durch event. recht häufige Injektionen (bezüglich der Technik verweise ich auf Bull. de l'acad. de méd. 68. Jahrg. Nr. 3 u. 5) den Prozeß gut abzugrenzen; man kommt dann — z. B. beim Fußgelenke — mit recht sparsamen Resektionen aus. Nicht verwendbar ist die Methode beim Hüftgelenke; sonst hat W. Heilungen von 8—10jähriger Dauer; er berichtet von einem Kuriosum, wo ein Ellbogengelenk völlig trocken ausheilte und man den Knorpel des Humerus freiliegend und ohne jede Hautbedeckung während einiger Jahre sehen konnte.

Sinclair (Sheffield) hält die Resektion für die beste Behandlung der Kniegelenktuberkulose in der Spitalpraxis. Verzicht auf Drainage, dafür tadellose Asepsis sichern den Erfolg.

Kocher (Bern): Indikation und Technik des Eingriffes variieren je nach Gelenk und Herd. Wenn er z. B. beim Hüftgelenke durch Röntgenphotographie einen abgegrenzten Herd sicher feststellen kann, und er glaubt, ihn ganz und aseptisch entfernen zu können, so operiert K. früh und hat gute Resultate; er räumt gründlich aus und ätzt mit Karbolsäure nach. Prima muß erzielt werden. Auch bei steifen Gelenken in schlechter Stellung hat es keinen Zweck, abzuwarten. Gut sind auch die operativen Erfolge beim Ellbogengelenke.

Wann und wie soll man konservativ verfahren? Bei frischen, noch beweglichen Fällen hat ihm auch das Bier'sche Stauungsverfahren gute Resultate gegeben; er weist auf den interessanten Gegensatz hin, der zwischen Broca und Bier besteht: absolute Immobilisation und Verzicht auf Ruhigstellung. K. selbst fixiert nicht sehr, daß die Muskeln nicht atrophisch werden.

Dollinger (Budapest) stimmt Kocher zu, bei entfernbarem Herde früh zu operieren; doch hält er die Meinung für bedenklich, daß die Tuberkulose der Gelenke am schnellsten heile durch Frühoperation! denn Fisteln und falsche Stellungen verzögern die Heilung oft derart, daß die konservative Behandlung ebenso schnell zum Ziele führt, und sie genügt in 80% der Fälle. Soziale Indikationen erkennt D. nicht an! Dazu sei die assistance publique vorhanden, daß man sie für mittellose Kranke ausnütze. Die Bier'sche Methode nimmt er nicht an, hat sie der besonders beim Kniegelenke häufig auftretenden Abszesse wegen verlassen, die die Folge der Bewegung seien. Die Natur zeige selbst an, daß Ruhe — Bettruhe — die Hauptsache sei; für die meisten frischen Fälle sei Immobilisierung ohne Injektionen ausreichend, doch läßt er die Nachbargelenke frei. Die Ruhe macht versteifte Gelenke wieder beweglich. Beim Übergange zur Bewegung lasse man sich vom Möglichen leiten.

Vereiterte Gelenke reseziert auch D.; die Besorgnis vor Zurückbleiben im Wachstum dürfe nicht hindern, da bei konservativer Behandlung die Knorpel gleichfalls leiden. Ist man genötigt, zu redressieren, muß sofort danach ein Gipsverband angelegt werden; oder man sucht es in Etappen zu erreichen, indem alle 5 Tage während des modellierbaren Zustandes des Gipses die Stellung verbessert wird.

Gelpke (Basel): Die Tuberkulose der Synovialis ist grundsätzlich gleich zu achten der Serositis tuberculosa. Punktiert man ein Hydarthros, so sammelt sich die Flüssigkeit wieder; dies geschieht auch nach Laparotomie. Das frisch auf-

getretene Serum halte man nun für bakterizid, weil danach in etwa 60% der Fälle Ausheilung erfolge. Doch gilt dies auch für das spontan entstandene; nur ist es nach längerem Bestehen verbraucht; wird es abgelassen, bildet sich wieder neues, heilkräftiges. Seine Tierexperimente scheinen ihm das zu beweisen. Es scheinen auch die Fälle mit Exsudation günstiger zu verlaufen. Das ist ein Wink, diese erst dann zu beseitigen, wenn, nach dem Verlaufe zu urteilen, die bakterizide Kraft erlahmt ist. Bei Injektionen ist das Jodoform vielleicht ganz gleichgültig oder nachteilig, und nur das sekretionsanregende Glyzerin von Wirkung.

de Quervain (Chaux-de-fonds) bezeichnet als Crux medicorum die Mischinfektionen; in der Bekämpfung der Gelenktuberkulosen sei eines der wesentlichsten Mittel die Belehrung, zu verhindern, daß geschlossene Tuberkulosen nicht durch törichte Eingriffe geöffnet werden, und zu bewirken, daß die Anfangsstadien richtig erkannt und als solche dem Chirurgen zugeführt werden.

Garrè (Breslau) möchte dem noch hinzufügen, daß das Bestehen von Fisteln für die Umgebung eine Gefahr bedeute.

Hoffa (Berlin): Der Gipsverband ist es nicht, der die Muskeln atrophisch macht, sondern die Gelenkerkrankung; die Inaktivitätsatrophie schwindet nach geeigneter Behandlung. Je sicherer wir fixieren, desto eher ist die Wiederkehr der Funktion zu erwarten.

v. Eiselsberg (Wien) bringt den v. Mikulicz'schen Verband zur Streckung kontrakturierter Gelenke in Erinnerung: exakter Gipsverband mit Zwischenschiene und Querspaltung; nach und nach werden Korkplatten von größerer Dicke eingeschoben; er hat dies 150mal angewendet.

Hingston (Montreal) hebt nochmals den großen Wert der Freiluftbehandlung für Gelenktuberkulose hervor.

V. Sitzung vom 22. September 1905.

Therapie der Peritonitis.

1. Ref. Friedrich (Greifswald) hat sich im wesentlichen die Physiopathologie der Peritonitis zum Gegenstande des Referates gewählt, zu deren Erweiterung er durch eigene Untersuchungen beigetragen hat. Diese betreffen sowohl die Resorptionsvorgänge, als die Bakterienflora bei Bauchfellentzündung. Letztere ist ziemlich ungleichmäßig, aus 6 bis 8 Spezies, z. T. anaerober, zusammengesetzt; die Streptokokken stehen nach seiner Erfahrung nicht vorn an. Demnach ist auch eine spezifische Behandlung mit Seris vorläufig als aussichtslos zu betrachten. Die Resorption der Toxine ist es im wesentlichen, die das Bild der Bauchfellentzündung zeichnet. Versuche mit Traubenzucker und konzentrierten Kochsalzlösungen zeigen zuerst eine anfängliche Exsudation, die regelmäßig nach 2 Stunden ihre Höhe erreicht, um dann langsamer Resorption Platz zu machen. Diese muß vor allen Dingen beeinflußt werden; sie ist gefährlich wegen der enormen Fläche des Bauchraumes und der Gefährdung der Medulla.

Die früheren internen Maßnahmen — Opium und Eis — waren sehr wohl geeignet, die Resorption zu verringern; in der Tat heilen ja auch eine Reihe von Peritonitiden aus, die von Appendicitis herrühren. Doch erreichen wir recht viel durch die Laparotomie, vorausgesetzt, daß sie sehr früh ausgeführt wird. Maßgebend für frühe Diagnose sind Bauchwandspannung, die fehlen kann bei tiefem Sitz ohne Beteiligung des Peritoneum parietale (Lennander), und der Puls; wenn dieser scheinbar 80 pro Minute beträgt, beruht dies auf intermittierender Herztätigkeit. Auch die Lokalität des Ausgangspunktes ist von Wichtigkeit; man gehe direkt auf denselben los, um event. Perforationen zu schließen, den Wurmfortsatz abzutragen. F. vermeidet die Auspackung, macht keine Spülungen, wählt den Schnitt nicht größer als nötig zur Aufsuchung des Herdes, macht lieber noch einige Inzisionen zur nachfolgenden Drainage. Diese wird durch »Blättertamponade« (Einlegen von Gazestreifen zwischen die Schlingen usw.) gesichert. F. umgeht, wenn irgend möglich, die Anlegung einer Darmfistel, weil sie zu Enteritis Veranlassung gebe. Die Entleerung des Darmes bewirkt er mittels Klysmen, Waschungen

usw. ohne Drastika, Physostigmin; dann ist eine wesentliche Aufgabe die Hebung der Widerstandskraft durch künstliche Ernährung.

2. Ref. Krogius (Helsingfors). Sein Referat sollte jedem Arzt aufs angelegentlichste empfohlen und vermittelt werden; es behandelt die Frühdiagnose und schildert die große Verantwortlichkeit der leichtfertigen Beruhigung abdominaler Schmerzen mit Morphium. Nicht ob man eine Peritonitis »schon« operieren solle, sondern höchstens ob man im vorgerückten Stadium »noch« den Eingriff für zulässig hält, bedürfe der Erwägung. Im übrigen decken sich die Anschauungen so ziemlich mit den von Friedrich entwickelten. K. bedient sich zur Drainage des v. Mikulicz'schen Beuteltampons. Ileus, den man ihr vorwirft, kommt auch so nach Peritonitis zustande. Unter 120 Peritonitiden hat er ihn 5mal beobachtet und durch Laparotomie geheilt. Mit der Darmentleerung hat es keine so große Eile; der paretische Darm muß Zeit haben; event. führe man Enterostomie nach Witzel aus und lege ein Rohr ein. So bringe man die Mehrzahl der Peritonitiden durch. Von 25 appendicitischen Bauchfellentzündungen, die innerhalb der ersten 24 Stunden operiert wurden, verlor K. nur vier. Die exquisit septischen Fälle heilen nicht. Sera sind unwirksam; man müßte eins für jeden einzelnen Kranken erst herstellen.

3. Ref. Lennander (Upsala) war durch Krankheit verhindert sein Referat zu halten. L., dem wir wichtige Bereicherungen unserer Kenntnisse des Peritoneums verdanken, ist auch in der Behandlung der Bauchfellentzündung z. T. eigene Wege gegangen. Zunächst bringt er noch bemerkenswerte Daten aus der Physiopathologie der Erkrankung, der vasomotorischen und paralytischen Vorgänge im Peritonealraum und den Eingeweiden selbst, erläutert seine Nomenklatur, indem er statt diffuser Peritonitis die Bezeichnung der Peritonitis migrans und libera progressiva in Vorschlag bringt. Vor allem verlangt er von den bioptischen Befunden bei Laparotomie noch viel detailliertere Beschreibungen, wenn sie zum Vergleiche der Behandlungsweisen, die noch so viel abweichendes darbieten, verwendbar sein sollen. Natürlich verlangt auch er früheste Diagnose und Operation; vorher erfolgt Entleerung des Mastdarmes; möglichst genaue lokale ätiologische Diagnose. Prüfung des Grades der Darmlähmung mittels Elektrizität oder Salz; einfache Kontraktion ohne Peristaltik deutet auf toxische Lähmung des Pl. Auerbachii. In diesem Falle, wo meist der Kranke schon »sich in seine abdominalen Gefäße verblutet«, intravenöse Infusion (0,9% Kochsalz + 0,3% Traubenzucker). Eröffnung in der Gegend des Herdes, feuchte Asepsis, Spülungen mit Kochsalzlösung, vor allem bei trockenem Bauchfell. Abgekapselte Herde öffnet L. mittels kleiner Inzisionen und überspült sie nach gründlicher Reinigung mit flüssigem Vaselin; um die Sekretion des getrockneten Bauchfells anzuregen, verwendet er Aufgüsse von Traubenzuckerlösung. Seine Darstellung der Tamponade bringt raffinierte Einzelheiten, die unmöglich alle mitgeteilt werden können. Auch bezüglich seiner Technik der Enterostomie, der Darmentleerung usw. muß auf das Original verwiesen werden, und es sei nur noch erwähnt, daß L. im Notfalle, wenn es nicht gelingt, die ausgelagerten Därme zu reponieren, die Resektion solcher Schlingen empfiehlt. Wie die bisherigen Ref. anästhesiert L. zu Beginn der Operation mit Äther, in der von ihm angegebenen Weise unterbrochener Narkose. Drainageöffnungen legt er, wo nötig, parasakral und lumbal an (um die subdiaphragmatischen Räume zu entleeren).

4. Ref. Lejars (Paris) verbreitet sich ausführlicher über die Bakterienflora der Peritonitis in ihrer Beziehung zur Ätiologie; er stützt sich dabei hauptsächlich auf die Studien von Dudgeon und Sargent, um sodann auf die Verteidigungsvorrichtungen des Bauchfells überzugehen; diese sind: 1) die Phagocytose, die meist schnell erlahmt; 2) die Fibrinabsonderung; einen abschwächenden Einfluß auf die Infektionen übt auch die Magensalzsäure und die Galle bei Perforationen dieser Organe (Brunner, Erhardt). L. hat dies letztere bei Experimenten an Katzen bestätigt gefunden. Wenn es auch sicher ist, daß etwa 5% von Perforationsperitonitiden mit medikamentöser Behandlung heilen können, so ist es doch bisher

nicht möglich gewesen, diagnostische Gesichtspunkte aufzustellen, solche von den fataliter progredienten zu unterscheiden, und somit ist die Frühoperation (v. Beck: womöglich 1 Stunde nach der Diagnose) das richtigste; so rettet man innerhalb der ersten 24 Stunden etwa 52%. Ob große oder kleine Inzisionen, Spülung oder trockenes Abwischen, und welche Form der Drainage verwendet werden solle, kann nach Ansicht des Autors erst entschieden werden, wenn der Leib offen ist. Die Nachbehandlung wird im allgemeinen mit den anderen Reff. übereinstimmend geschildert.

5. Ref. McCosh (Neuyork) weicht in einigen Punkten von den Vorrednern ab. Er verwirft die Enterostomie als Nachbehandlung und näht den zur Entfernung des Inhaltes geöffneten Darm; ferner hält er das Austamponieren gleichfalls für schädlich und drainiert mit sogenanntem »Zigarettendrain« (mit Guttapercha umwickelter Gaze). Die Kranken nehmen nachher die Fowler'sche Lage ein; sonst ist auch McC. der Ansicht, daß die Prognose des Eingriffes abhängt von seiner Kürze, Einfachheit und der Möglichkeit, die Infektionsquelle zu schließen.

6) Ref. de Isla (Madrid) zieht in den Bereich seiner Betrachtung auch die nicht bakteriellen peritonitischen Reizungen, die ebenso wie eine Anzahl septischer sowohl medikamentöser als chirurgischer Behandlung zugängig sind; es gibt keine einheitliche, für alle Bauchfellentzündungen brauchbare Operationsmethode. Ein wesentlicher Anteil der Behandlung ist die Hebung der subjektiven Widerstandskraft mit intravenöser und subkutaner Einverleibung von Sauerstoff (Apparat von Peno) und Spülungen des Bauchraumes mit Sauerstoff imprägnierter Kochsalzlösung.

Diskussion: Sargent (London) berichtet über seine bakteriologischen Untersuchungen und beansprucht für den Staphylokokkus albus eine hervorragende ätiologische Rolle.

Dahlgren (Upsala) demonstriert sein »Melkinstrument«, eine Wringmaschine im kleinen, deren er sich bei Darmparalyse zur Entleerung der Schlingen bedient, die inzidiert werden mußten. Der Kranke wird in Seitenlage gebracht, der Darm nachher gespült, wenn möglich genäht. Die Enterostomie soll nicht ohne strenge Indikationen gemacht werden.

Sonnenburg (Berlin): Die verschiedenartig benannten Peritonitiden sind oft genug nur Stadien derselben Affektion und somit als Unterlage für Statistiken höchstens der Ausgangspunkt verwendbar. Oft genug ist es nicht die Art eines Bakterium, sondern der Virulenzgrad und vice versa die Resistenz des Individuums, welche den Verlauf bestimmen. Die Fälle, welche innerhalb der ersten 24 Stunden zur Klinik kommen, sollen alle, die späteren nur mit Auswahl operiert werden.

Nach S. ist ein eindeutiges Frühsymptom durch die Blutuntersuchung (Hyperleukocytose) zu erkennen. Unser Heilplan hat zwei Aufgaben zu erfüllen: 1) Die Bekämpfung der Infektion, durch Beseitigung des Herdes, Entfernung des Exsudates unter Vermeidung der Eventration; Spülung und Tamponade sind oft nötig. 2) Die Erhöhung der Resistenz durch Begünstigung der Hyperleukocytose (Pferdeserum, Kochsalzlösung).

Rouffart (Brüssel): Um die Operationsresultate vergleichen zu können, dürfe man nur gut beobachtete Fälle bringen. Das Aussehen von Serosa, Belag und Erguß müßte stets genau beschrieben werden. Günstig seien die Fälle mit glatter Serosa und reichlichem Erguß, schwer die postoperativen mit trockenem Peritoneum, fehlendem Exsudat. Für eine günstige präventive Maßregel hält R. die Abtrocknung des Bauchfelles. Drainage sei nur da berechtigt, wo man Flächen zurückließe, die noch weiter sezernieren. Bei bestehender Peritonitis operiere man schnell; hier sei Drainage nötig. Die Reinigung erfolge am besten mit Wasserstoffsuperoxyd, welches mit einer gründlichen Säuberung des Drains einen Heilungsreiz auf die Umgebung ausübe.

Jaffé (Posen) führt aus: Während bei frischer Peritonitis kaum wesentliche Meinungsverschiedenheit herrschen könne über Zeitpunkt und Technik der Operation, lasse die letztere bei langsam fortschreitenden Fällen im Stich; hier wechseln

sich Abgrenzung und Fortschreiten ab, und es sei wichtig zu wissen, welches die allgemeinen Ausbreitungswege der Peritonitis seien.

Noch viel zu wenig werde die Neigung berücksichtigt, Lokalisationen im Douglas zu bilden. J. hat 39mal solche nachgewiesen — bei Frauen durch Anziehen des Uterus nach vorn abwärts — und gespalten; am besten tue man dies vom Mastdarme her. Die Lokalisation im linken Douglas — 7mal beobachtet —, läßt auf Ausheilung der rechten Seite schließen.

Témoin (Bourges) hat in den letzten 3 Jahren etwa 112 Fälle appendicitischer Peritonitiden operiert mit 14 Todesfällen; die günstigsten Erfolge erreicht man in den ersten 48 Stunden. Er inzidiert neben dem Rectus, läßt die Bauchwand hoch heben und wischt die Därme ab, falls der Eiter übel riecht, so lange, bis der Geruch verschwindet. Ist das Bauchfell glatt, drainiert er nicht. Auch in verzweifelten Fällen operiert er noch — hat zwei unerwartete Erfolge; operiert im Notfall auch auf dem Lande.

Verchère (Paris) stellt mit unverhohlener Ironie die oft ziemlich weit auseinander gehenden Ansichten der Ref. gegenüber, die nicht imstande wären, uns einen rechten Weg zu zeigen. Es gäbe zu verschiedene Peritonitiden, gutartige, selbst löbliche. Ist Eiter da, macht er Inzisionen; die anderen behandelt er als Phlegmone peritonei antiphlogistisch, symptomatisch die Septhaemia peritoneo-intestinalis bekämpfend. Er habe unter den mehrfach geschilderten Umständen nie eine Laparotomie gemacht und halte das für »Chirurgie des ponts funêbres«; höchstens sei eine Art Explorativlaparotomie mit zwei kleinen Inzisionen berechtigt. Den Darm entleere er durch Einläufe, Spülungen, elektrische Einwirkungen usw.

Van Engelen (Brüssel) benützte mit Vorteil massive Injektionen mit Streptokokkenserum, dem er einen radikalen Erfolg nachrühmt, ebensowohl bei puerperalen als postoperativen Peritonitiserkrankungen; auch präventiv wendet er es an. Er schildert seine Behandlung eines bereits hypothermischen Falles, bei dem er nach massiven Injektionen erst am 4. Tage zur Laparotomie schritt. Er bedient sich des Serum Marmorek (oder Denys, Louvain).

Zawadsky (Warschau): Bericht (außerhalb des Themas) über die Behandlung von 60 Bauchverletzungen. Er hebt hervor, daß die gezeitigten guten Resultate zuvörderst vom vorzüglichen Dienste der ersten Hilfeleistung, der 10 Minuten langen Sterilisation, dem Operieren mit Gummihandschuhen und der präventiven Nuklëineinspritzung bedingt wurden.

Ullmann (Wien) empfiehlt, bei der Appendektomie durch den Douglas nach abwärts zu drainieren. **Christel** (Metz).

24) G. Lepage. Un cas d'achondroplasie chez un foetus extrait par opération césarienne chez une femme achondroplasique.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 2.)

Genaue Beschreibung von Mutter und Kind, welche die Operation 3 Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende gut überstanden haben. Der Zwergtypus ist bei beiden der gleiche — Fehlen der Epiphysenknorpel im Röntgenbilde der Mutter, die sonst normal gebaute Geschwister hat —; es handelt sich um einen pygmäenhaften Rückschlag. **Herm. Frank** (Berlin).

25) E. Kirmisson. Exostoses multiples coincidant avec une scoliose et différents arrêts de développement du coté des membres.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 3.)

K. ist ein Anhänger der Volkmann'schen Theorie von der rachitischen Grundlage der multiplen Exostosen mit Wachstumsstörungen. Zu einem schon früher von ihm beobachteten Falle, der in diesem Sinne spricht, fügt er hier noch einen zweiten, ein 9jähriges Mädchen mit den deutlichsten Zeichen von Rachitis neben den Exostosen, Genu valgum, Plattfuß usw. Dagegen betont er selbst, daß in demjenigen Falle, welcher unter der Titelüberschrift den Hauptgegenstand dieser Mitteilung bildet, kein Zeichen von Rachitismus vorliegt. Es handelt sich um ein

12jähriges Mädchen mit vielfachen Exostosen an den Unterschenkeln, Füßen, Armen, Verbiegungen an Fingergelenken, Ungleichheit der Gliedmaßen usw., die durch Röntgenbilder verdeutlicht werden. Es scheint, daß hier die Mutter und eine Schwester ebenfalls Knochenanomalien aufweisen. **Herm. Frank** (Berlin).

26) **Broca.** Diagnostic d'une ostéomyélite prolongée remontant à la première enfance.

(Revue mensuelle des malad. de l'enfance T. XXIII. p. 1.)

Vorlesung über einen Fall, in dem ein kleiner Herd rarefizierender Osteomyelitis 8 Jahre nach einer schweren Kniegelenkseiterung im Säuglingsalter in Erscheinung getreten war. Derselbe wurde im 10. Lebensjahre operativ geheilt. Die Differentialdiagnose gegen Tuberkulose ergibt sich im wesentlichen aus der Überlegung, daß eine tuberkulöse Gonitis, die im 1. Lebenshalbjahr eine Gelenksinzision erforderte, unmöglich mit einem intakten Kniegelenk ausgeheilt wäre. In einem hierbei erwähnten zweiten Falle war infolge einer im 1. Jahre entstandenen und nach 2monatiger Eiterung geheilten Affektion in der Hüftgegend eine leichte Subluxation des Hüftgelenkes zurückgeblieben. Schubweises Auftreten leichter Gelenkentzündungen. Das Röntgenbild zeigte verbreiterte Pfanne durch geringe Ausbildung des hinteren oberen Randes, Vertikalstellung des Femurhalses. Die lange Dauer der Krankheit, verglichen mit dem geringen Grade der Veränderungen, ließ schon vor der Röntgenographie die Diagnose Tuberkulose ausschließen.

Göppert (Kattowitz).

27) **Leriche.** Rhumatisme tuberculeux, chronique, deformant.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 3.)

Mitteilung zweier Beobachtungen von älteren Personen mit hochgradigen Gelenkdeformationen an den Händen zusammen mit den ausgesprochensten tuberkulösen Affektionen an anderen Knochen, Drüsen usw. mit Senkungsabszessen. Die Annahme einer einheitlichen Entstehung beider Symptomengruppen aus tuberkulösem Virus ist unabweisbar. Der Autor führt anhangsweise an, daß nach Beobachtungen an den Sanatorien von d'Hauteville und Leysin auf fünf Phthisiker eine Kombination mit »Rheumatismus« kommt. **Herm. Frank** (Berlin).

28) **L. Thévenot** et **Gauthier.** Tuberculose inflammatoire. Tarsalgie des adultes d'origine tuberculeuse.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 4.)

Die Autoren erweitern die Poncet'sche Theorie von der Entstehung des entzündlichen Plattfußes im Jünglingsalter durch bazilläre Infektion auch für Personen im höheren Alter, wofür sie zwei Beobachtungen an einem 27- bzw. 34jährigen Manne heranziehen. Allerdings wird man bei der Deutung dieser Fälle, welche einen entschieden entzündlich infektiösen Charakter tragen, sehr mit der gonorrhoischen Infektionsmöglichkeit zu rechnen haben. (Diagnostische Tuberkulinprobe? Ref.) **Herm. Frank** (Berlin).

29) **H. Everhardt** (Baltimore). A case of tuberculous ostitis treated by X-rays.

(Amer. journ. of surgery 1905. October.)

10jähriger Knabe mit Tuberkulose in der Aszendenz (Tante und Großmutter mütterlicherseits) bot auf der Crista tibiae ein 1/2 Dollar großes tuberkulöses Geschwür (mikroskopisch untersucht) dar, das Eiter und Knochenfragmente entleerte. Die Tibia in ganzer Länge verdickt und in der Umgebung des Geschwürs nekrotisch, Bein ödematös und auf Druck schmerzhaft. Bestrahlung mit weicher Röhre 5 Minuten lang, zunächst 14 Tage lang täglich, dann 2tägig. Vollkommene Heilung nach 49 Sitzungen seit etwa 2 1/2 Jahren. **Goebel** (Breslau).

30) **F. L. Richardson.** A clinical report of 75 cases of arthritis deformans (chronic, non-tubercular arthritis).

(Division of surgery of the med. school of Harvard university, Boston. 19 S. und 10 Tafeln.)

Verf. beobachtete 75 Fälle von Arthritis deformans. Der Beginn der Erkrankung war meist schleichend, in 16 Fällen akut; der erste Anfall trat meist in den Knien auf. Die in einigen Fällen ausgeführte Blutuntersuchung bot nichts Besonderes. Die Anfälle gingen mit Temperatursteigerung, erhöhter Pulsfrequenz, Rötung der Haut über dem befallenen Gelenk, event. spindeliger Auftreibung einher. Nach den Anfällen zeigte sich Bewegungsbeschränkung.

In einer Anzahl Fälle wurden Neubildung von Knochen, Dislokation. Subluxation, Synovialwucherungen in Knie und Schultern, Muskelatrophie beobachtet. Arteriosklerose findet sich oft, die Kalkablagerung in den Gefäßen ist oft analog derjenigen in den Knochen.

In therapeutischer Beziehung ist gute, leichtverdauliche Nahrung in genügender Menge, lokal Massage, Bier'sche Stauung, Sand-Heißluftbäder usw. am meisten zu empfehlen. Körperliche Anstrengungen, plötzlicher Temperaturwechsel, Traumen, Aufenthalt in feuchten Räumen wirken prädisponierend.

Grünberg (Leipzig).

31) **Nové-Josserand** et **Horand.** Sur un cas de myosite ossifiante diffuse progressive.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 3.)

Ausführliche Beschreibung eines 7½jährigen Mädchens mit typischer Erkrankungsform — einschließlich der Großzehenkleinheit — vom Nacken nach unten steigend, in Schüben vor sich gehend. Keinerlei ätiologische Beziehung, keine Diathese. Verff. berichten, daß sie in Frankreich nur drei Beobachtungen von Myositis ossificans haben ausfindig machen können. **Herm. Frank** (Berlin).

32) **Lerda.** Sulle alterazioni patologiche dell' urina nei traumatismi operatorii.

(Clinica chirurgica 1905. Nr. 7.)

Nach einer kurzen Übersicht über die diesen Gegenstand behandelnden, bis jetzt vorliegenden Arbeiten geht Verf. auf die Untersuchungen ein, die er auf der Abteilung von Isnardi (Turin) angestellt hat. Diese erstrecken sich auf 265 Fälle, bei denen die verschiedensten Operationen, mit Ausnahme solcher an Blase und Nieren, mit und ohne Narkose ausgeführt worden waren. Nur in zwei Fällen bestand vor der Operation Albuminurie, die nach der Operation stark erhöht war. Bei der größten Mehrheit der afebrilen Kranken fand sich nach der in Narkose ausgeführten Operation eine Verminderung der Urinmenge unter Erhöhung des spezifischen Gewichtes, der Azidität und des Gehaltes an Pigment. Die Uratmenge war häufig stark, in einzelnen Fällen sehr stark erhöht. Nur in 15 von 167 Fällen fand sich nach der Operation Albuminurie, zum Teil mit Zylindrurie, die jedoch meist nach 2—4 Tagen zurückging; jedoch ging ein Pat. zugrunde, ohne daß die Autopsie weitere Aufklärung brachte (Chloroformtod? Ref.). In einzelnen Fällen fanden sich rote und weiße Blutkörperchen im Urin. Die Untersuchung auf Zucker fiel sechsmal positiv aus (wie lange die Glykosurie anhielt, ist nicht erwähnt; Ref.).

Bei 34 Fällen fieberloser Pat., die ohne allgemeine Narkose operiert worden waren, fand sich je zweimal Albuminurie bzw. Zylindrurie; war Albuminurie vorher vorhanden gewesen, so zeigte dieselbe sich nach der Operation erhöht.

Die Hauptrolle in bezug auf die Änderung des Urins nach Operationen kommt somit naturgemäß der Narkose zu (in 8% der Fälle Albuminurie). Die Dauer der Operation ist dabei ohne Belang; jedoch ist sie von Bedeutung, falls vorher Albuminurie bestand.

In zweiter Linie sind anzuschuldigen: Resorptionsprozesse, traumatische Schädigungen, Beeinflussung der Blutzirkulation und endlich mit Wahrscheinlichkeit psychische Momente. **Engelmann** (Dortmund).

33) **Penzo.** Sulla influenza dell' iperemia passiva nelle rigenerazione cellulare.

(Atti del reale istituto veneto di scienze, lettere ed arti T. LXIV. P. II.)

Die Experimente P.'s an Kaninchenohren bringen im wesentlichen eine Bestätigung bekannter Tatsachen, nämlich, daß eine leichte Hyperämie die physiologische Zellregeneration günstig beeinflußt, während eine starke Stauung den entgegengesetzten Effekt hat. P. ging bei seinen Versuchen so vor, daß er eine Blutstauung an Kaninchenohren erzeugte und dann das exzidierte Gewebe nebst einem Kontrollstück aus dem anderen Ohr untersuchte und nun die Anzahl der gefundenen Mitosen miteinander in Vergleich setzte.

Im Anschluß hieran beschreibt Verf. die mikroskopischen Befunde von zwei Fällen von Phlebectasia congenita. Dieselben decken sich im wesentlichen mit den bei den Tierexperimenten erhobenen Befunden. **Engelmann** (Dortmund).

34) **A. Frommer.** Bisherige Erfahrungen mit der Bier'schen Stauungshyperämie bei chronischen Eiterungen und in der postoperativen Behandlung.

(Przegląd lekarski 1905. Nr. 33.)

In der Sitzung des ärztlichen Vereins in Krakau vom 21. Juni 1905 stellte F. mehrere Kranke vor, welche auf der chirurgischen Abteilung des St. Lazarus-Spitals (Primararzt Dr. Bogdanik) mit der Bier'schen Stauungshyperämie, zum Teil mit den Klapp'schen Saugapparaten behandelt wurden: Phlegmone, Sehnenscheidenentzündung, Otternbiß, chronische Osteomyelitis, Karbunkel, Mastoiditis, Lymphadenitis, tuberkulöse Gelenksentzündung. Die günstigen Erfolge muntern zu weiteren Versuchen auf. **Bogdanik** (Krakau).

35) **Mignon.** Sinusite catarrhale du sinus frontal avec obstruction du canal frontal.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Décembre.)

Die Pat. M.'s litt seit mehreren Wochen an rasenden Schmerzen in der Gegend der linken Stirnhöhle, so daß M. sich zu deren operativer Freilegung entschloß, trotzdem sich rhinoskopisch niemals ein Anhaltspunkt für das Vorhandensein einer Stirnhöhleneiterung ergeben hatte. Bei der Operation fand sich die Höhle von klarem Schleim angefüllt, der Ductus nasofrontalis durch Schleimhautschwellung stark verengt. Erweiterung des Ductus, Schabung der Schleimhaut. Primäre Naht, glatte Heilung.

M. nimmt an, daß die Schmerzen durch Sekretretention bedingt gewesen seien. **Hinsberg** (Breslau).

36) **Guisez.** I. Mucocèle ethmoïdale à forme et à dévelloppement tout à fait insolites. II. Sinusite maxillaire due à une ectopie dentaire.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. Februar.)

Ad I. Bei der 49jährigen Pat. handelte es sich um eine typische, sehr umfangreiche Mukokele des Siebbeins, d. h. um eine durch cystische Erweiterung einer Ethmoidalzelle entstandene Geschwulst am inneren Augenwinkel. Von anderer Seite war vergeblich versucht worden, die Geschwulst durch einfache Inzision zum Verschwinden zu bringen. G. resezierte deshalb nach breiter Freilegung die ganze verdünnte Außenwand der Zelle und entfernte die Schleimhaut nach Entleerung des fadenziehenden, cholestearinhaltigen Inhaltes. Während der nächsten Tage nach der Operation entleerte sich noch zäher Schleim, dann trat Heilung ohne Entstellung und Funktionsstörung des Auges ein.

Ad II. Beim zweiten Falle fand sich als Ursache einer sehr hartnäckigen und stürmisch verlaufenden Kieferhöhleneiterung bei der Operation ein in die Höhle verlagerter, kariös gewordener Molaris. **Hinsberg** (Breslau).

37) **Lermoyez.** Un cas de cancer de l'ethmoïde.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. Juli.)

L. berichtet über ein ausgedehnetes Karzinom des Siebbeins, das nach breiter Freilegung von außen her entfernt wurde. Die Operationswunde heilte sehr schnell und ohne äußere Entstellung; 1 Jahr nach der Operation war noch kein Rezidiv vorhanden. L. betont bei dieser Gelegenheit, daß bei derartigen Geschwülsten endonasale Eingriffe durchaus verwerflich seien. **Hinsberg** (Breslau).

38) **de Gaetano.** Un caso di cysticercus cellulosae della lingua.

(Giorn. internat. delle science med. ann. XXVI.)

Ein 10jähriger Knabe bemerkte seit 2 Jahren das Auftreten eines Knötchens an der Zunge, das lange Zeit seine Größe nicht veränderte, dann aber schnell wuchs. Die kleine Geschwulst saß an der linken Seite der Zunge und maß nach der unschweren Exstirpation 12 mm in der Länge und 8 mm in der Breite. Sie war mit Flüssigkeit gefüllt, und das Innere mit einer grauweißen Membran ausgekleidet. An einer Stelle dieser fand sich ein kleines Körperchen, das sich bei der Untersuchung als der Kopf eines Cysticercus cellulosae entpuppte.

Die Lokalisation des Cysticercus an der Zunge stellt eine große Seltenheit dar; Verf. konnte nur einige wenige analoge Fälle aus der Literatur zusammenstellen.

Engelmann (Dortmund).

39) **E. Glass.** Beiträge zur Pathologie gutartiger Tonsillartumoren.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXII. p. 91.)

Unter Hinweis auf die Seltenheit gutartiger Mandelgeschwülste beschreibt Verf.:

1) eine bohnengroße Geschwulst, die der linken Mandel aufsaß und sich durch die mikroskopische Untersuchung als ein den Dermoidcysten nahestehendes Gebilde erwies;

2) eine in der Fossa supratonsillaris sitzende Geschwulst, die auf ihrer lateralen Fläche Plattenepithel, Haare, Schweiß- und Talgdrüsen, auf der medialen dagegen Zylinderzellenepithel und Schleimdrüsen und in ihrem Zentrum Fettgewebe und quergestreifte Muskulatar zeigte;

3) einen handschuhfingerförmig auf der Oberfläche der rechten Mandel sitzenden Tonsillarpolypen mit Schleimdrüsenbildung;

4) ein von der Mitte der linken Mandel mit einem schmalen Stiel entspringendes Fibrolipom;

5) eine Nebenmandel mit stark erweiterten und prall gefüllten Lymphgefäßen;

6) eine Nebenmandel eines Phthisischen mit hyaliner Degeneration.

Eine Besprechung der Entstehungsweise der Geschwülste und ein umfangreiches Literaturverzeichnis bilden den Schluß der Arbeit.

Doering (Göttingen).

40) **F. Cobb** and **C. C. Simmons.** The results in cases of cancer of the tonsils, tongue and jaws, operated upon at the Massachusetts general hospital during eight years from january 1, 1892, to january 1, 1900.

(Division of surgery of the med. school of Harvard university, Boston. 10 S.)

Verff. beobachteten 92 Karzinome, 71 bei Männern und 21 bei Frauen; die meisten Erkrankungen zwischen 50 und 60 Jahren; der jüngste Pat. war 21 Jahre alt. Von Operationsmethoden wurden konservative und radikale angewendet. Bei Zungenkrebsen bewährten sich seltsamerweise die konservativen besser als die radikalen. Am ungünstigsten sind die Krebse der Mandeln und des Unterkiefers; von Sarkomen die Riesenzellen-, Fibro-, Myxo- und Osteosarkome günstiger als Rund- und Spindelzellensarkome. **Grünberg** (Leipzig).



41) **O. Frankenberger.** Angeborene Atresie des Kehlkopfes.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXII. p. 64.)

Eine Besprechung der Mißbildungen des Kehlkopfes bildet die Einleitung. Dann folgt die ausführliche makro- und mikroskopische Beschreibung eines durch ein Diaphragma völlig verschlossenen Kehlkopfes, der durch Autopsie eines totgeborenen unreifen Kindes gewonnen war.

Mit einer Erörterung über den Entstehungsmodus derartiger Atresien unter Berücksichtigung der Entwicklungsgeschichte des Respirationstraktus schließt die Arbeit. **Doering** (Göttingen).

42) **Degny et Detot.** La laryngite cricoïdienne ulcéreuse.

(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXIII. p. 25.)

Ulzeröse Veränderung mit ausgedehnter Bloßlegung des Ringknorpels infolge einer 2tägigen Intubation bei nicht diphtherischer Laryngitis. Verff. sehen hierin das typische Anfangsstadium der chronischen, subglottischen Laryngitis nach Intubation, das hier nun gleichsam zufällig durch plötzliche Erstickung der anatomischen Untersuchung zugänglich gemacht wurde. Die meisten dieser Fälle zeigen auch primär keine Diphtherie. Zwischen den Resten der Schleimhaut und dem Knorpel hatte sich ein dichter Leptotrixrasen gebildet. Demselben wird die Bedeutung zugeschrieben, daß er die Heilung der primären traumatischen Geschwüre verhindere und so anderen Krankheitserregern den Weg offen halte.

Göppert (Kattowitz).

43) **Gaudier.** De la trachéotomie au cours de la tuberculose du larynx.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. Juli.)

Die Tracheotomie, die eine Zeitlang eine große Rolle in der Therapie der Kehlkopftuberkulose spielte, wird heute von vielen Laryngologen nur noch im Notfalle, d. h. wenn Dyspnoe dazu zwingt, angewandt. Die von G. mitgeteilten Fälle beweisen, daß diese Zurückhaltung nicht ganz berechtigt ist; es gelang ihm, bei verschiedenen Pat. durch den Luftröhrenschnitt eine ganz erhebliche Besserung der Beschwerden, vor allem der quälenden Dysphagie zu erzielen. Auch objektiv äußerte sich in einzelnen Fällen der günstige Einfluß der Ruhigstellung des Kehlkopfes durch Rückgang der Infiltrate. Ref. kann diese Beobachtungen auf Grund eigener Erfahrungen bestätigen. **Hinsberg** (Breslau).

44) **Caboche et Paisseau.** Sarcom secondaire métastatique de la zone sous-glottique du larynx.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Dezember.)

Pat., ein 51jähriger Mann, früher wegen Lues behandelt, wurde wegen Atemnot ins Hospital eingeliefert. Laryngoskopisch sah man zwei rötliche, glatte subglottische Wülste bei sonst normalem Kehlkopfe. Wegen der Antecedentien wurde die Neubildung für luetisch gehalten und demgemäß Kalomel verordnet. Nachts plötzlich Verschlimmerung der Dyspnoe, Tod trotz Tracheotomie.

Autopsie: Mediastinalgeschwulst, nußgroße Geschwulst in der linken Mamma. Diese Geschwülste, ebenso wie die subglottischen Wülste, erwiesen sich mikroskopisch als Rundzellensarkome.

Metastatische Sarkome des Kehlkopfes sind sehr selten.

Hinsberg (Breslau).

45) **L. Delair.** Larynx et glotte artificiels.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. September.)

Wegen der bekannten Mängel, die dem bisher konstruierten künstlichen Kehlköpfen anhaften, hat D. auf Anregung von Sebileau einen neuen Sprechapparat für Laryngektomierte konstruiert. Die »Stimme« ist bei ihm vermittels einer an

den Zähnen festsitzenden Platte so befestigt, daß sie dem weichen Gaumen anliegt. Der zum Anblasen nötige Luftstrom wird von der Tracheotomiekanüle aus durch einen dünnen Gummischlauch zwischen den Lippen durch in den Mund und zur »Stimme« geleitet.

Die Vorteile dieses Apparates sind nach D. folgende:

1) Der Apparat kann leicht herausgenommen und gereinigt werden.

2) Der Schluckakt ist ungehindert, Speisen können in den Apparat unmöglich hineingelangen.

3) Die Bewegungen des weichen Gaumens sind nicht behindert, deshalb ist die Sprache sehr deutlich.

Die genauere Konstruktion ist aus 8 Textfiguren ersichtlich.

Hinsberg (Breslau).

46) G. Killian. Extraktion von Fremdkörpern aus Ösophagus, Trachea und Bronchien.

(Verhandlungen der süddeutschen Laryngologen 1905.)

Während bei glatten Fremdkörpern (Münzen) die Ösophagotomie heutzutage nicht notwendig ist, ist dieselbe bei scharfkantigen direkt indiziert und jeder Versuch einer ösophagoskopischen Extraktion verboten. So ließ Verf. einen Glassplitter eines Bierglases, welcher bereits 5—6 Stunden nach dem Verschlucken ein Emphysem verursacht hatte, unter Verzicht auf jedweden Eingriff von innen, sofort mittels Ösophagotomie entfernen. Ferner berichtet er über die Entfernung eines Steinchens (13 : 9 : 3 mm), welches mittels direkter oberer Tracheoskopie aus dem Eingange des rechten Hauptbronchus entfernt werden konnte; mit direkter oberer Bronchoskopie gelang es bei einem Morphinisten, die aspirierte Nadel einer Injektionsspritze tief aus dem rechten Hauptbronchus, 32 cm von der oberen Zahnreihe entfernt, zu extrahieren. Endlich berichtet Verf. über die Entfernung eines kleinen Zinnpfeifchens aus dem rechten Stammbronchus; der Fall bot die größten Schwierigkeiten, da es ungemein schwer war, den eigenartig geformten Fremdkörper, 36 cm vom Auge des Operateurs entfernt, in einem winzigen Operationsfelde zu fassen. Drei Sitzungen und die Konstruktion mehrerer Instrumente, die der Form des Fremdkörpers Rechnung zu tragen hatten, waren erforderlich, um das Ziel endlich zu erreichen. Der Fall stellt aber wirklich eine Feuerprobe für die Leistungsfähigkeit der oberen direkten Bronchoskopie dar; die genaue Schilderung der Details gibt ein lebhaftes Bild von den zahlreichen zu überwindenden Hindernissen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

47) R. Hoffmann. Ein Fall von isoliertem primärem Karzinom der Trachea.

(Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen 1905.)

1½ Jahr nachdem sich bei dem 49jährigen Pat. die ersten Beschwerden von Fremdkörpergefühl im Halse gezeigt hatten, entschloß sich derselbe zur Operation; nach Anlegung des in oberflächlicher Narkose geführten Hautschnittes erfolgte der Tod. Die Sektion ergab eine mit breiter Basis der Seitenwand aufsitzende Geschwulst, vom 1.—4. Trachealring reichend und die Luftröhre fast ganz ausfüllend. Luftröhre durch die vergrößerte Schilddrüse seitlich zusammengedrückt, ferner Fettherz, parenchymatöse Nephritis. Keine Metastasen, keine Drüsenschwellung. Die Vergrößerung der Schilddrüse und das Fettherz seien zusammen für den unglücklichen Ausgang der Narkose heranzuziehen. Erwähnenswert ist, daß die Geschwulst, ein von den Schleimdrüsen der Luftröhre ausgegangenes Zylinderzellenkarzinom, streng auf die Luftröhre beschränkt war; zur Kachexie komme es nicht, weil die Kranken meist vorher an Luftmangel zugrunde gehen. Verf. hebt auch die Bevorzugung der Hinter- im Vergleich zur Vorderwand hervor. Die für Trachealstenosen charakteristische Verlangsamung der Respiration war vorhanden, dagegen fehlte die nach Gerhardt typische Vorwärtsneigung des Kopfes.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

48) Sommer und Kijewski. Lungenbrand. Pneumotomie. Heilung.
(Gazeta lekarska 1905. Nr. 24.)

Bei einem 52 Jahre alten Manne konstatierte S. Lungenbrand des rechten oberen Flügels, und es wurde am 18. Februar 1902 von Prof. Kosinski und Kijewski die Pneumotomie ausgeführt. Resektion der 3. Rippe unterhalb des Schlüsselbeines. Es fanden sich starke Verklebungen zwischen Pleura costalis und pulmonalis. Pneumotomie. Nekrotisches Lungengewebe wurde entfernt. Da sich trotzdem der Zustand nicht besserte, wurde am 11. April die 2. Rippe reseziert, worauf rasche Besserung folgte. Der Kranke wurde mit einer Eiter sezernierenden Fistel (Staphylo- und Streptokokken enthaltend) entlassen.

Bogdanik (Krakau).

49) Arnsperger. Perforierendes Aortenaneurysma im Röntgenbilde.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 1.)

Verf. schildert zunächst den Verlauf der Krankheit bei einem 37jährigen Pat. Derselbe hatte im Jahre 1883 ein Geschwür am Penis gehabt und eine Schmierkur durchgemacht. 1897 bekam er plötzlich einen Schwindelanfall, ohne daß ein besonderer Grund vorzuliegen schien. 2 Jahre später wurde Aortenaneurysma festgestellt; auch auf dem Röntgenbilde war der Aortaschatten deutlich verbreitert. Nach zwei Gelatinekuren, die, ohne den objektiven Befund zu ändern, die subjektiven Beschwerden behoben, wurde Pat. 1903 wieder mit Röntgenstrahlen durchleuchtet und mittels derselben ein vom Aortenschatten ausgehender, in das Lungenfeld nach rechts ragender runder Schatten festgestellt, der durch eine zackige Brücke noch mit dem Aneurysmaschatten in Verbindung stand. Da mehrere Hämoptysen vorausgegangen waren, konnte es sich kaum um etwas anderes handeln als eine langsam sich entwickelnde Perforation.

Wenige Tage später starb der Kranke. Die Obduktion ergab die Richtigkeit der durch das Röntgenbild gestellten Diagnose. **Gaugele** (Zwickau).

50) Schinzinger. Das Karzinom der Mamma.
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 36.)

S. erinnert an seinen im Jahre 1889 gemachten Vorschlag, bei noch menstruierten Frauen die Entfernung der Ovarien der Amputatio mammae wegen Krebs vorhergehen zu lassen, und an die jetzt namentlich von englischen Chirurgen mit der Oophorektomie beim inoperablen Brustkrebs erzielten Erfolge, während er selbst bisher nicht in der Lage gewesen, obigen Vorschlag praktisch durchzuführen Denn die wenigen Fälle, die dem Alter nach eine Indikation zur Kastration hätten geben können, und die den besonders bösartigen Verlauf des Krebsleidens bei ganz jungen Frauen bestätigen, befanden sich bereits in einem allzu schlechten Zustande. Schließlich berichtet S. noch über einige sehr erfolgreich wiederholte Rezidivoperationen und drei Fälle von Brustkrebs beim Manne. **Kramer** (Glogau).

51) B. Schwarz. Zur Statistik und Behandlung der Mammakarzinome.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 660.)

Von 286 Mammakarzinomen, welche in der Zeit von Januar 1896 bis Juni 1904 in der v. Hacker'schen Klinik behandelt wurden, konnten für die vorliegende Statistik nur 186 verwendet werden, da von den übrigen keine hinreichend zuverlässigen Nachrichten erlangt werden konnten. Nur für wenige Berechnungen war die Gesamtzahl verwertbar, so für die Gesamtmortalität der Operation, welche 20 = 6,9% betrug. Die Todesursachen waren 4mal Herzkollaps, 12mal Pneumonie, 2mal Marasmus, je 1mal Sepsis und Erysipel. Die Operation bestand sehr häufig nur in der Amputatio mammae mit Drüsenausräumung, während die eingreifenderen Methoden nach Rotter, Halsted und Kocher nur in einer Minderzahl der Fälle zur Anwendung kamen. Bei Zugrundelegung einer 3jährigen Beobachtungszeit betrug die Zahl der Dauerheilungen 14,51%. Lokalrezidive wurden bei 43,54% beobachtet. Rezidivoperationen wurden bei 17,74% ausgeführt. Nach

3—$6^1/_2$ Jahren traten noch 17 Spätrezidive auf. Die Supraclaviculardrüsen waren bei 36 Pat. ergriffen. Davon ist nur eine am Leben und bis jetzt rezidivfrei geblieben, doch beträgt die Beobachtungsdauer erst $1^1/_2$ Jahr.

Anhangsweise berichtet Verf. über drei Fälle von Mammakarzinomrezidiven, bei denen er durch Röntgenbestrahlung Erfolge, allerdings meist nur vorübergehender Art, zu verzeichnen hatte. **M. v. Brunn** (Tübingen).

52) **J. Hertzka.** Transportabler Waschapparat.
(Ärztl. Polytechnik 1905. September.)

Um behufs Operationen, besonders auf dem Lande, gekochtes Wasser dem Kochtopfe bequem und sauber entnehmen zu können, hat H. obigen praktischen kleinen Apparat bei J. Dohnal & Co. in Wien anfertigen lassen. Eine an jedem Tische leicht anzuschraubende Aluminiumzwinge ist mit Hahn und Auslauf einerseits, mit Schlauch und Heber zur Entnahme des Wassers andererseits versehen. Man saugt das Wasser an, und der Apparat ist zum Gebrauche fertig. (Abbildung im Orginal.) **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

53) **R. Fiedler.** Gehautomat »Vorwärts«.
(Ärztl. Polytechnik 1905. September.)

Obiger Apparat läuft auf drei Rädern, das vordere Rad zum Lenken. Armstützen und Krücken halten den Kranken aufrecht. Eine besondere Vorrichtung sorgt für die Vorwärtsbewegung der Beine, so daß Pat. mit ganz gelähmten Beinen den Apparat benutzten können. Auch zum Sitzen ist Vorsorge getroffen. (Zwei Abbildungen im Original.) **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

Zur Radikaloperation der Nabelbrüche.

Kurze Bemerkung von

*Dr. **Karewski** in Berlin.*

Die von Herrn Dr. A. Pólya in Nr. 42 dieses Zentralblattes beschriebene Methode, Nabelbrüche radikal zu beseitigen, ist fast identisch mit dem von mir in Nr. 53 der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1904 bekannt gegebenen Verfahren. Sie unterscheidet sich nur dadurch, daß die aufpräparierten Aponeuroselappen nicht durch Schnür-, sondern durch Knopfnaht und die sie deckenden Muskelaponeuroseschichten durch eine eigene Nahtreihe, gesondert von der Hautnaht, vereinigt werden.

Da die Beobachtungszeit der von Pólya operierten Fälle zu kurz war, um über den Enderfolg ein Urteil zu gestatten, mag es von Wert sein, darauf hinzuweisen, daß die von uns zurzeit mitgeteilten Fälle nunmehr seit über 2 resp. 1 Jahr rezidivfrei geblieben sind, und daß ich auch bei zwei weiteren in derselben Art ausgeführten Radikaloperationen von Nabelbrüchen gute Erfolge hatte. Ebenso hat sich genannter Modus procedendi in drei im letzten Jahre behandelten Bauchnarbenbrüchen wiederum durchaus bewährt.

So kann ich mich der Empfehlung Pólya's völlig anschließen, glaube aber, daß die Naht in einzelnen Schichten, wie ich sie ausführe, vorzuziehen ist, weil sie eine exaktere und darum sicherere Vereinigung der Muskelaponeuroseplatten gewährleistet.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 49. Sonnabend, den 9. Dezember. 1905.

Bemerkungen zur Anwendung des Jaboulay'schen Anastomosenknopfes ohne Naht.

(Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 41.)

Von

Dr. **Oskar Klauber**,

1. Assistenzarzt der chirurgischen Abteilung (Geh.-Rat Prof. Dr. Meusel) am Herzogl. Landkrankenhaus in Gotha.

Die Bekanntmachung des im Jahre 1900 erfundenen neuen Anastomosenknopfes durch die Publikation Jaboulay's im »Zentralblatt für Chirurgie« hat gewiß auch in Deutschland vielfach Anregung gegeben, diesen in seiner Verwendung bedeutend vereinfachten Darmknopf zu versuchen. Doch scheinen Erfahrungen hierüber bisher nicht bekannt gegeben worden zu sein.

Der neue Knopf entspricht einer Anforderung sehr gut, welche bereits vorher auf verschiedene Art angestrebt wurde, nämlich der exakten Berührung der zusammengedrückten Serosaflächen. Wird die Fixierung der Knopfhälften des Murphyknopfes mittels einer Tabakbeutelnaht vorgenommen, oder besser noch mittels einer fortlaufenden, über die Schnittränder greifenden zirkulären Naht, deren Enden später zusammengezogen werden, stets kommt es zur Faltenbildung der Darmwand, da ja die Darmöffnung behufs Einführung des Knopfes größer geschnitten werden muß, als sie später sein soll. Auf ein Mindestmaß kann diese Faltenbildung beschränkt werden durch die Naht nach v. Hacker-Rehm (dieses Zentralblatt 1903 Nr. 1 und 1902 Nr. 48), wobei es bloß an der Stelle der Knopfnaht zur Aufhebung einer kleinen Falte kommt; weiters auch durch eine entsprechende Konstruktion des Murphyknopfes, indem die Differenz zwischen dem Durchmesser des äußeren und inneren Zylinders verringert wird, womit gleichzeitig eine größere Weite der Anastomosenöffnung für jene Zeit erreicht wird, während welcher der Knopf in der Anastomose liegt, ein Vorteil, der nicht gering anzuschlagen ist, wenn man bedenkt, wie viele Opfer Verstopfungen des Knopflumens bereits gefordert haben. Derartige Knöpfe wurden schon konstruiert, allerdings in der Absicht, durch die gleichzeitig erreichte Verringerung der Metallmassen den Knopf leichter zu machen und den zuweilen vorkommenden Dekubitus hintanzuhalten. Das Einnähen dieser Knöpfe ist wegen des schmalen den Darm festhaltenden Ringes etwas schwieriger, weil der Knopf während des Knüpfens des Fadens leichter in den Darm oder aus demselben abgleiten kann, gelingt aber bei entsprechender Vorsicht. Auf die Weite der bleibenden Anastomosenöffnung hat die Breite des eingeklemmten Ringes keinen Einfluß, da jene von dem Durchmesser des äußeren Zylinders abhängig ist; dagegen wird im Falle des Ausbleibens der Abstoßung der gequetschten Wandpartie bei den neuen Knöpfen mit weitem inneren Zylinder die definitive Anastomose doch beträchtlich weit bleiben. Daß bei größerer Breite des Kreisringes, wie bei den früheren Knöpfen, die Verklebung der Serosaflächen eine bessere wäre, kann nicht behauptet werden, da die Kompression bei beiden Arten von Knöpfen nur mit dem etwa 3 mm breiten umgebogenen Rande des äußeren Zylinders erfolgt, welche Breite keineswegs der bei der Naht gewählten Berührungsfläche nachsteht. Auch verfällt die innerhalb des Druckringes gelegene Partie ohnehin rasch der Nekrose, so daß deren Breite ohne Bedeutung ist.

Alle obigen Vorzüge werden durch einen sinnreichen Mechanismus, welcher an sich nicht neu ist, wohl aber dessen Verwendung für die Darmchirurgie, an dem Jaboulay'schen Anastomosenknopfe verwertet. Die Öffnung in der Darmwand wird nicht größer angelegt als der innere Zylinder erfordert; infolgedessen liegt nach dem »Eindrehen« des Knopfes die Darmwand ganz flach über der Knopfhälfte, ein Verhalten, das jedem Benützer des Knopfes eine willkommene

Neuerung ist. Dabei ist die Breite des inneren Zylinders recht groß gewählt und die vollständig flach geformten Kompressionsflächen scheinen eine recht gute Adaption der Berührungsflächen zu verbürgen. Leider besitzt der Knopf einen schweren Nachteil, welcher vielleicht auch anderen Benützern bereits empfindlich zum Bewußtsein gekommen ist, und auf den aufmerksam zu machen, Zweck dieser Zeilen ist.

Gleich bei einer der ersten Benutzungen im letzten Winter sah ich in der Prager chirurgischen Universitätsklinik bei gutartiger Magenerkrankung eine Knopfvereinigung mit dem Jaboulay'schen Anastomosenknopfe verunglücken. Die Befestigung der Knopfhälften ging tadellos vonstatten. Als aber die beiden Knopfhälften vereinigt werden sollten, blieb an der vorderen Seite ein klaffender Spalt zwischen den Serosaflächen, welcher trotz angewandten intensiven Druckes auf die beiden Knopfhälften nicht zu beseitigen war, und aus welchem Magen-Darminhalt hervorquoll. Der Knopf mußte herausgeschnitten werden und wurde durch andersartige Anastomosierung ersetzt. Damals wurde die schlechte Funktion des Knopfes dahin gedeutet, daß der Schraubenmechanismus der männlichen Hälfte zu subtil gebaut, infolgedessen ein schiefes Zusammenfügen erfolgt sei, und der Jaboulay'sche Knopf wurde deshalb von der weiteren Verwendung ausgeschlossen.

Seither habe ich den Jaboulay'schen Knopf zweimal zu benutzen Gelegenheit gehabt; das erstemal, wo es sich mir um eine möglichst rasche Beendigung der Operation handelte, bewährte sich derselbe ausgezeichnet. Bei einer schwer ikterischen Frau war am 8. September 1905 die Probelaparotomie gemacht und dabei Kompression des Duodenum durch eine gesenkte, nephritisch vergrößerte, rechte Niere konstatiert worden. Am 13. Tage p. op. plötzliche akute Magendilatation; beim Magenaushebern Platzen der Bauchnaht und Vorfall einer Dünndarmschlinge. Bei der sofortigen Laparotomie schloß ich der Reposition des Intestinum eine hintere Gastroenterostomie mit dem Jaboulay'schen Knopf an. Die Frau starb 4 Tage später an ihrer Nephritis; bei der Sektion fand sich die Knopfanastomose in idealem Zustande vor; es bestand bereits feste Verklebung, der Knopf war noch fixiert.

Dieser gute Erfolg veranlaßte mich am 7. November 1905 bei einem Ulcustumor mit kontinuierlichem Erbrechen, Magensenkung und dadurch hervorgerufener Abknickung des durchgängigen Pylorus und Magendilatation infolge zufälligen Mangels hinreichender Assistenz an Stelle der gewiß besseren Naht die Gastroenterostomia posterior mit dem Jaboulay'schen Knopf auszuführen. Hier wiederholte sich das in Prag seinerzeit beobachtete Nichtfunktionieren der Kompression mit Austritt von Darminhalt zwischen den Serosaflächen. Ich entschloß mich, die Dehiszenz durch eine sorgfältige zirkuläre fortlaufende Serosanaht zu decken und dann die Wundränder des Mesocolon transversum genauest über der Nahtstelle zu fixieren. Die zahlreichen perigastrischen Adhäsionen der jungen (29jährigen) Frau gewährten mir Vertrauen zu der Verklebungskraft der Serosa, und die Weite des inneren Zylinders des Knopfes ließ die Gefahren eines Persistierens der eingeklemmten Wandpartie gering erscheinen. Der Verlauf war ungestört, und ging der Knopf bereits am 10. Tage p. op. mit dem Stuhlgang ab.

Die Besichtigung des Knopfes klärte mich über die mangelhafte Funktion auf. Der Jaboulay'sche Knopf unterscheidet sich von

dem Murphy'schen wesentlich dadurch, daß bei jenem der federnde Ring der männlichen Hälfte, welcher die eingeklemmten Wandpartien zusammenpreßt, fehlt. Derselbe wurde wohl deshalb weggelassen, weil bei der flachen Lagerung dieser Darmpartie und dem Wegfalle der Faltenbildung das bloße, durch die Schraube gesicherte Aneinanderliegen der Knopfhälften für die Adaption als hinreichend angesehen wurde. Tatsächlich ist dies manchmal, wie oben berichtet, nicht der Fall. Dem liegt aber nicht etwa ein schiefes Aneinanderfügen der Knopfhälften zugrunde, welches hier wie bei anderen Knöpfen leicht vorkommen kann, da die männliche Schraube nur aus zwei kurzen Segmenten einer Windung besteht. Aber gerade deshalb muß sich ja eine schiefe Zusammenfügung durch Druck auf die eine Seite beheben lassen. Vielmehr liegt die Unmöglichkeit des vollständigen Schlusses in der Höhe der Schraubenwindungen. In meinem zweiten Falle lagen die Knopfhälften so, daß ein weiteres Zusammenpressen derselben auf den nächsten Schraubengang ganz ausgeschlossen war, während beim Stande in dem vorhergehenden Schraubengange die Knopfhälften auch bei eingeklemmten Darmwänden noch klaffend blieben. Die Höhe der Schraubengänge war also im Verhältnis zu der hier recht geringen Dicke der beiden Darmwände zu groß; ein vorhandener federnder Ring wie beim Murphyknopfe hätte die Dehiszenz zum Verschwinden bringen können.

Das Vorkommen dieses eigentümlichen Zustandes in zwei von drei Fällen mag vielleicht zufällig sein, und die Drehung einer Knopfhälfte um einige Grade hätte die Schraubengänge so gestellt, daß ein exakter Verschluß zustande gekommen wäre. Sobald aber einmal das Zusammenfügen der Knopfhälften stattgefunden hat, ist jede Drehung um die Längsachse ausgeschlossen.

Ich wollte nicht nur auf diesen unangenehmen Zwischenfall aufmerksam machen; vielleicht findet sich Gelegenheit, auf Grund obiger Auseinandersetzungen den Jaboulay'schen Knopf so zu verbessern, daß ein solches Vorkommnis ausgeschlossen ist. Der Ausgang meines Falles zeigt aber auch, wie unter solchen Verhältnissen nachteilige Folgen vermieden werden können. Eine exakte Übernähung der klaffenden Stelle und Deckung mit Mesenterium genügt für die erste Zeit als sicherer Verschluß gegen den Austritt von Darminhalt. Binnen kurzem scheint die eingeklemmte Wandpartie doch anzuschwellen (ähnlich wie ein inkarzerierter Darm) und den Spalt völlig auszufüllen. Sollte dies zur Nekrotisierung des Diaphragma nicht genügen, so bleibt die Öffnung für den Fall der Persistenz des Diaphragma bei Verwendung des Jaboulay'schen Knopfes doch hinreichend weit. Ein Hängenbleiben des Knopfes an nicht genügend durchgequetschten Darmpartien, wie dies v. Mikulicz beobachtete (Handbuch, 2. Auflage, Bd. III, p. 152), hat in meinem Falle nicht stattgefunden, sondern der Knopf ging bereits am 10. Tage ab.

---

1) **C. Vieillard.** Essai de sémiologie urinaire. Troisième édition.

Paris, F. R. de Rudeval, 1905. 8. 376 S.

Das bereits in dritter Auflage erschienene Buch ist von A. Robin mit einer empfehlenden Vorrede versehen worden. Wir können uns dieser Empfehlung nur anschließen. Wenn diese Harnsemiologie auch in erster Linie für den inneren Arzt bestimmt ist, so wird doch auch der Chirurg vielfach Nutzen aus ihr schöpfen können.

Paul Wagner (Leipzig).

---

2) **H. Wossidlo.** Zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen.

(Med. Klinik 1905. Nr. 43.)

Jede akute Harnverhaltung, auch bei jüngeren Männern, erfordert zunächst die Untersuchung auf Prostatitis. Handelt es sich darum, bei einer Striktur schnelle Abhilfe zu schaffen, so rät Verf., anstelle von heißen Bädern und Tees sofort den Katheter anzuwenden. Gelingt die Einführung eines filiformen Bougies, so kann man mit dem angeschraubten Maisonneuve'schen Urethrotom sofort den inneren Harnröhrenschnitt anschließen. Für die — unter Umständen mehrmals zu wiederholende — Blasenpunktion benützt Verf. eine feine Nadel. — Bei den Verengerungen, die noch nicht zur Harnverhaltung geführt haben, ist die Urinuntersuchung von Bedeutung. Ist bei komplizierenden Nieren- oder Nierenbeckenentzündungen oder Diabetes Abwarten möglich, so behandle man erst diese Erscheinungen; wenn dies nicht angängig ist, empfiehlt sich zur raschen blutigen Erweiterung der Verengerung der äußere Harnröhrenschnitt. Im übrigen bevorzugt Verf. die Urethrotomia interna: ein einziger Schnitt längs der oberen Wand der Verengerung mit einer nicht zu großen Klinge (Nr. 21 Charrière des Maisonneuve'schen Messers), Verweilkatheter für 3—4 Tage, Sondierungsbeginn nach 8 Tagen. Die verhältnismäßig weiten Verengerungen endlich, die noch zu keiner Veränderung des Harnstrahls geführt haben, nur durch das Endoskop als harte bindegewebige Infiltrate zu erkennen sind und daher häufig übersehen werden, müssen mit sehr dicken Sonden solange überdehnt werden, bis die Schleimhaut ihr gewöhnliches Aussehen wieder angenommen hat. Diese Kur soll in manchen Fällen durch den inneren Harnröhrenschnitt mittels des Kollmann'schen Instrumentes sowie durch Harnröhrenspülungen unterstützt werden. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

3) **Desnos.** Indications de la prostatectomie.

(Presse méd. 1904. Nr. 99.)

Die Hauptindikation für die operative Behandlung der Prostatahypertrophie ist die Urinretention. Somit sind die Prostatahypertrophien der ersten Periode von der operativen Behandlung ausgeschlossen. Indessen bieten auch sie Indikationen für die Prostatektomie, wenn sie von Anfang an schmerzhaft verlaufen, sei es, daß eine Infektion vorhanden

ist, oder sei es, daß wir den Grund für die Schmerzhaftigkeit nicht kennen.

Bei einer rasch entstandenen akuten Retention soll abgewartet werden; die chronische Retention erfordert bestimmtere Indikationen. Infektion der Blase drängt zur Operation, desgleichen die fehlende Möglichkeit, immer aseptisch zu katheterisieren (Intelligenz, pekuniäre Lage des Pat. usw.), und nicht zuletzt bedingt der erschwerte oder gar unmögliche Katheterismus die Indikation zur Operation.

Grunert (Dresden).

---

4) **Legueu.** Le cancer de la prostate.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Nr. 6.)

Das Prostatakarzinom wird niemals in der Jugend beobachtet und betrifft nur Leute jenseits der 48—50er Jahre. Es entwickelt sich entweder in einer schon vorher hypertrophischen Prostata oder befällt ganz gesunde Individuen. In diesen letzteren Fällen handelt es sich dann meist um diffuse Karzinose (Carcinose prostato-pelvienne Guyon). Die Anfangssymptome des Prostatakrebses sind außerordentlich verschieden: Störungen der Harn- und Kotentleerung, Hämaturie, anhaltende Neuralgien im Ischiadicus. Namentlich auf das letztere Symptom legt Verf. großen Wert, wenn es Kranke jenseits der 50er Jahre betrifft. Die physikalische Diagnose des Prostatakrebses gründet sich auf eine genaue Katheteruntersuchung und Rektalpalpation: den Nachweis von unregelmäßigen Vergrößerungen und harten Stellen in der Drüse, die in der Hauptsache nur die eine Hälfte der Drüse befallen. Es gibt nur drei Affektionen der Prostata, mit denen das Karzinom verwechselt werden kann: die Tuberkulose, die Prostatitis und die Pericystitis. Die palliative Behandlung des Prostatakarzinoms besteht in regelmäßigen Katheterisierungen oder, wenn diese unmöglich sind, in der Cystostomie; außerdem in schmerzstillenden Mitteln der verschiedensten Art. Die Radikalbehandlung besteht in der totalen Prostatektomie mit gleichzeitiger Entfernung des betreffenden Harnröhrenabschnittes. Die Operation muß extrakapsulär vorgenommen werden und auf vergrößerte Drüsen Rücksicht nehmen.

Paul Wagner (Leipzig).

---

5) **Rochet.** Les fistules urétrorectales consécutives à la prostatectomie périnéale.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Nr. 6.)

Die Mehrzahl der Harnröhren-Mastdarmfisteln entsteht durch eine direkte Verletzung des Mastdarmes bei der perinealen Prostatektomie. Sekundär können solche Fisteln dann entstehen, wenn ein Stück der vorderen Mastdarmwand gangränös wird, entweder infolge ausgedehnter intra-urethro-rektaler Ablösung oder infolge Druckes eines Drainrohres usw. Früher, als die Technik noch nicht so weit vorgeschritten war, kamen solche Fistelbildungen weit häufiger vor, als jetzt; es wurde ihnen auch damals nicht die gebührende Beachtung geschenkt. Die

Beschwerden, die derartige Fistelkranke haben, hängen ab von der Ausdehnung der Fistel und von dem Sitze der rektalen Fistelöffnung. Die urethrale Fistelöffnung ist fast immer an gleicher Stelle und entspricht dem prostatischen Teile der Harnröhre. Im Mastdarm sitzt die Öffnung meist dicht oberhalb des Sphinkters. Der Urin sammelt sich in der Mastdarmampulle an und wird dann mehr oder weniger häufig unter der Form diarrhoischer Stühle entleert. Sitzt die Fistel im Bereiche der Sphinkterpartie, so fließt ein Teil des Urins andauernd ab. Alle diese Fisteln bereiten ihren Trägern nicht nur große Unbequemlichkeiten, sondern sie sind auch direkt gefährlich, weil vom Mastdarm aus eine Infektion der Blase und Nieren erfolgen kann. Fast ausnahmslos ist deshalb in diesen Fällen ein operativer Eingriff indiziert. Der alte Perinealschnitt muß wieder eröffnet, die urethrale und rektale Fistelöffnung muß freigelegt und jede für sich mittels Naht geschlossen werden. Zwischen beiden Nahtstellen wird ein Gazestreifen eingeführt; alle 3—4 Tage werden mit Beniquésonden sorgfältige Katheterisierungen der Harnröhre vorgenommen.

Paul Wagner (Leipzig).

---

6) **Enderlen.** Über Blasenektopie.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1904.

Über die anatomischen Befunde der Blasenektopie gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Die frühere Ansicht, daß der Nabel fehle, kann zurzeit als widerlegt gelten. Die Nabelgefäße zeigen bisweilen Abweichungen von der Norm. Nabelbrüche sind von mehreren Autoren bei Blasenektopie gefunden worden. Die geraden Bauchmuskeln sind getrennt oder fehlen ganz. Die Harnblase ist immer aus ihrer gewöhnlichen Lage getreten. Nicht immer ist die Blase vollkommen gespalten. Die Harnleiter sind vielfach an der Mißbildung beteiligt. In der Regel ist mit der Ektopie die Epispadie vereint. Auch Hypospadie ist nicht ausgeschlossen. Der Penis ist auffallend klein. Die Mündungen der Samengänge liegen am unteren oder hinteren Ende der Harnblase frei zutage. Hoden und Samenblasen sind auffallend klein oder fehlen auf einer oder bisweilen sogar auf beiden Seiten. Die Prostata ist normal oder besonders klein oder fehlt auch bisweilen ganz. Bei weiblichen Blasenektopien sind die großen Labien gegen die Schenkelbeuge verstrichen, die kleinen sind kümmerlich, unregelmäßig oder fehlen ganz; die Scheide ist kurz und teilweise oder bisweilen völlig verschlossen. Konzeption, Gravidität und normale Geburt sind beobachtet worden. Von seiten des Beckens ist namentlich das Klaffen der Schambeine charakteristisch, doch ist dasselbe in einem Falle vollständig vermißt worden. Anomalien des Darmes sind nicht selten, so z. B. widernatürlicher After, Fehlen des Dickdarmes usw. Der After ist bisweilen an normaler Stelle, bisweilen aber beträchtlich »vorwärts gestellt«, so daß der Damm fehlt oder sehr schmal ist. Abnormitäten der Gefäße (Mesenterica inf., Iliaca communis usw.) sind beobachtet worden. Äußerst häufig ist das ge-

spaltene Rückgrat mit der Blasenektopie vergesellschaftet. Andere Mißbildungen sind gelegentlich zugleich mit ihr beobachtet worden.

Ätiologisch kommen drei Anschauungen in Betracht; nach der ersten handelt es sich um eine Hemmungsbildung, nach der zweiten um eine Entstehung der Mißbildung durch mechanische Momente (Hindernis der Harnentleerung und starke Ausdehnung, schließlich Bersten der Harnwege), und die dritte Anschauung kombiniert die beiden ersten für die Erklärung des Zustandekommens der Blasenektopie. Die Stellungnahme der Autoren zu diesen drei Anschauungen wird im 2. Kapitel des Werkes niedergelegt. Das 3. Kapitel bringt eine Übersicht der Entwicklungsgeschichte der Blase und das 4. Kapitel berücksichtigt dabei die Modelle des Marburger anatomischen Institutes. Es folgen eigene Fälle des Verf.s, und zwar 6 Fälle einfacher und 10 Fälle komplizierter Blasenektopie. Unter diesen 16 Fällen betreffen 9 das weibliche und 7 das männliche Geschlecht; davon sind 3 erwachsen, 13 Kinder, eingeschlossen 7 Neugeborene. Bei der partiellen Blasenspalte (6. Kapitel) ist zu unterscheiden die Fissura vesicae inferior und die Fissura vesicae superior.

Das folgende Kapitel behandelt den Vorfall der ungespaltenen Blase (angebliche Stütze der Berstungstheorie) und erklärt die Entstehung der Bauchspalte allein als einen Vorgang, der zeitlich später einsetzt als derjenige, der sonst zur Bauchblasenspalte führt. Kapitel 8 behandelt die doppelte Harnblase und die verschiedenen Erklärungsversuche für ihre Entstehung, einschließlich der Ansicht des Verf., daß typische Querteilungen der Blase auf die Vorgänge zurück zu führen sind, welche in der Norm zu Urachusbildung hinleiten. »Lokale Erweiterungen bei dem Übergange von Blase in Urachus geben ein zweites Blasencavum über dem normalen; das obere geht dann unter Umständen in einen verkürzten Urachus über.«

Kapitel 9 gibt anhangsweise die Mißbildungen des Penis und der Harnröhre, und das 10. Kapitel handelt über die Histologie der ektopierten Blasenwand und über Epithelmetaplasie. In den Schlußbetrachtungen des 11. Kapitels wiederholt Verf. nochmals kurz seinen Standpunkt als Anhänger der Theorie, welche die Blasenektopie als Hemmungsbildung ansieht, und wendet sich nochmals gegen die mechanische Berstungstheorie. Eines nach Drucklegung der Arbeit in den Besitz des Verf.s gekommenen Präparates von Bauchblasenspalte bei eineiigen Zwillingen wird im Anhang als weiteren Beleges für die embryologische Herleitung der Blasenektopie gedacht. 17 Abbildungen im Text und 5 Tafeln, die letzte davon mit stereoskopischen Bildern, zeichnen das Werk aus, und ein äußerst umfangreiches Literaturverzeichnis legt Zeugnis ab für den auf das Werk verwandten außerordentlichen Fleiß.

Grunert (Dresden).

---

7) **F. Bernasconi** et **S. Colombino.** Contribution à l'étude du traitement des blessures de l'uretère au cours des interventions chirurgicales.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Nr. 6.)

Wird gelegentlich einer Operation der eine Harnleiter verletzt, so kann man, je nach dem Sitze, der Art und der Ausdehnung der Verletzung, auf verschiedene Weise Abhilfe schaffen. Wenn die Verletzung einige Zentimeter von der Blase entfernt sitzt, so kann man den Harnleiter bequem um 3—4 cm verkürzen und das zentrale Ende dann in die Blase einpflanzen. Sitzt die Verletzung höher, im iliakalen oder lumbalen Teile des Harnleiters, so kommen zwei Möglichkeiten in Frage:

a. Einfache Verletzung des Harnleiters ohne oder mit ganz geringem Substanzverlust. Hier macht man entweder die termino-terminale Anastomose nach Poggi, oder die termino-laterale Anastomose nach van Hoock, oder endlich, wenn es möglich ist, als Operation der Wahl die von Monari empfohlene latero-laterale Anastomose.

b. Verletzung mit Substanzverlust, der eine Anpassung der beiden Harnleiterenden unmöglich macht. In diesen Fällen konnte man sich bisher nicht anders helfen, als daß man das zentrale Harnleiterende in die Bauchhaut oder in den Darm einpflanzte. Auf Grund von experimentellen Untersuchungen an Hunden empfehlen Verff. nun hier die latero-laterale Anastomose zwischen dem zentralen Ende des verletzten und dem unverletzten anderen Harnleiter. Die Verff. haben diese Operation, die nicht schwieriger ist und nicht länger dauert, als die Uretero-Enterostomie, entweder innerhalb des kleinen Beckens dicht oberhalb der Blase oder am lumbalen Teile der Harnleiter vorgenommen. Die technischen Einzelheiten der Operation sind in der mit guten Abbildungen versehenen Originalarbeit nachzulesen.

Paul Wagner (Leipzig).

---

8) **F. Bierhoff** (New York). The cystoscope and ureter catheter in the diagnosis and prognosis of surgical diseases of the kidney.

(Amer. journ. of surgery 1905. October.)

Eine sehr gute, instruktive, etwas schematisch gehaltene Übersicht über die großen diagnostischen und therapeutischen Fortschritte, die wir dem Cystoskop und Harnleiterkatheter verdanken. Es seien hier einige Punkte hervorgehoben. So betont B., daß bei anämischen abgemagerten Pat. die Harnleiter oft nur durch den Urinstrahl, nicht durch das Lig. interureter. oder periuretrale Gefäße oder als Öffnung erkannt werden könnten. Öfter hat er den zu einer exstirpierten Niere gehörigen Harnleiter noch leidlich reguläre peristaltische Bewegungen machen sehen. Für die Füllung der Blase empfiehlt er statt Luft gerade deshalb eine Flüssigkeit, weil in dieser die Zerstreuung des gefarbten Urinstrahles viel mehr in die Augen fällt. Von Harnleiter-

strikturen wird ein interessanter, wahrscheinlich kongenitaler Fall bei einer Frau erwähnt: Keine Symptome von seiten der Niere oder Harnleiter, trotzdem war die linke Harnleitermündung nicht für den dünnsten Katheter zugängig, bei jeder peristaltischen Bewegung wölbte sich die Mündung in Kugelgestalt ziemlich weit vor, und ein Urinstrahl kam durch eine minimale Öffnung an der Seite der so entstandenen Geschwulst hervor. Retraktion der Harnleitermündung sah B. bei Blasenkarzinomen, Nierentuberkulose und nach Nephrektomie. Den Harnscheider liebt B. nicht. Der synchrone Ausfluß von Urin aus beiden, gleichzeitig liegenden Harnleiterkathetern ist nicht absoluter Beweis für die Gegenwart zweier Nieren (wohl, weil eine Niere zwei Harnleiter haben kann, Ref.); ebenso ist das Fehlen der Urinsekretion aus dem einen Katheter kein Beweis für das Fehlen der betreffenden Niere (Verstopfung des Harnleiters, reflektorische Anurie usw.).

Bei der chemischen Untersuchung wird der Hauptwert auf die Harnstoff- und Eiweißbestimmung gelegt; die Kryoskopie wird vom Verf. gar nicht in Betracht gezogen. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Nierentuberkulose sollte eine negative Diagnose in dieser Beziehung nur nach mißlungenem Tierexperiment gestellt werden. Die Phloridzinprobe ist eine gute Unterstützung der anderen Proben. Zur Diagnose von Nierenbeckensteinen, die das Röntgenbild nicht klar stellt, empfiehlt B., einen möglichst weiten Katheter bis hinauf in das Becken zu schieben und eine Quantität (30—40 ccm) warmen Wassers oder 1 %iger Borsäurelösung langsam zu injizieren, bis der Kranke über krampfartige Schmerzen in der betreffenden Nierengegend klagt. Nach nunmehrigem Ablassen der Flüssigkeit soll derselbe Vorgang 3—4mal wiederholt werden, wodurch der supponierte Stein disloziert wird und eine innerhalb der nächsten Stunden eintretende geringe Hämaturie bewirkt. B. fand in jedem Falle, wo er dieses Verfahren zur Diagnose anwandte, ein sicheres positives resp. negatives Ergebnis, das durch die Operation kontrolliert wurde.

Goebel (Breslau).

---

9) **M. Oppenheim** und **O. Löw.** Klinische und experimentelle Studien zur Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis.

(**Virchow's** Archiv Bd. CLXXXII. p. 39.)

Verff. sind der Ansicht, daß die gewöhnlich angeführten Momente die Entstehung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung mangelhaft zu erklären vermögen, und kommen auf Grund ihrer an Kaninchen und Meerschweinchen ausgeführten Untersuchungen zu der Ansicht, daß für die Verschleppung des gonorrhoischen Virus aus der Urethra posterior in den Nebenhoden vornehmlich eine antiperistaltische Bewegung des Vas deferens zu beschuldigen sei. Diese Erscheinung, die bei der Ejaculatio seminis normalerweise zustande kommt, konnte experimentell durch Reizung des Caput gallinaginis erzeugt werden. Auch tritt sie nach Ansicht der Verff. bei allen jenen Momenten ein,

die eine Epididymitis herbeiführen können. Durch die so erzeugte antiperistaltische Bewegung gelang es, bei Anwesenheit von Kokken in der hinteren Harnröhre experimentell bei Kaninchen eine Epididymitis zu erzeugen. Am Schluß ein umfangreiches Literaturverzeichnis.

Doering (Göttingen).

---

10) **A. Mouchet** (Paris). Le »genu recurvatum« congénital.

(Arch. de méd. des enfants 1905. Nr. 7.)

M. hat Gelgenheit gehabt, bei einem 4 Monate alten Kind ein angeborenes Genu recurvatum zu studieren und auch die genaue Sektion desselben vorzunehmen. Wie gewöhnlich bei derartigen angeborenen Difformitäten, bestanden auch andere Gelenksveränderungen, so ein Talus valgus und eine angeborene Hüftverrenkung derselben Seite.

Das Genu recurvatum bildete einen nach vorn offenen stumpfen Winkel von etwa 145°, konnte bis zum rechten Winkel weiter gestreckt werden, doch gelang die Beugung nicht weiter als bis zur vollständigen Parallelstellung des Ober- und Unterschenkels. Vorn sah man die Sehne des Triceps vorspringen, hinten die untere Extremität des Oberschenkelknochens. Die Kniescheibe war vorhanden, besaß aber keinen Schleimbeutel, sondern lag direkt auf einem Fettpolster, das die vordere Fläche der Diaphyse oberhalb der Trochlea bedeckte. Diaphyse und Epiphyse standen einander parallel, bildeten nicht den von manchen Autoren gefundenen, nach vorn offenen Winkel, so daß man den Ursprung der Difformität nicht in einer schlechten Haltung, sondern in einer angeborenen Verrenkung der Tibia nach vorn suchen muß. M. gibt noch weitere anatomische Befunde seines Falles zur Stütze dieser Annahme, doch kann auf dieselben hier nicht weiter eingegangen werden.

Die Therapie des Genu recurvatum besteht in Reduktion der Verrenkung, indem man noch mehr streckt, extendiert und dabei das obere Tibiaende nach rückwärts unter die Femurkondylen drückt. In manchen Fällen geht die Reposition sehr leicht, namentlich wenn man die Behandlung gleich nach der Geburt beginnt, in anderen kann die Durchtrennung der Quadricepssehne notwendig sein. Man legt einen Kontentivverband an, der mehrere Wochen getragen werden muß; hierauf wird mit Massage, passiven Bewegungen die Behandlung fortgesetzt, event. noch eine lederne Kniemanschette angelegt, falls die Muskeln noch nicht genügende Kraft besitzen. **E. Toff** (Braila).

---

11) **L. Thévenot.** La tarsalgie des adolescents de nature tuberculeuse.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 2.)

Verf., ein Schüler Poncet's, sucht die von seinem Lehrer aufgestellte und an einigen Fällen von Kombination des entzündlichen Plattfußes und Tuberkulose dargelegte Theorie von der Entstehung des entzündlichen Plattfußes im Jünglingsalter durch bazilläre Infektion

durch folgende Beweisführung zu stützen. Kirmisson hat festgestellt, daß in der Kindheit hinter dem Plattfuß eine tuberkulöse Infektion steckt; warum soll im höheren Alter eine andere Ursache dafür gesucht werden? In der Kindheit verläuft der Vorgang mit Erweichung, Einschmelzung des Gewebes, im höheren Alter als Caries sicca plastisch mit Ankylosierung. Deswegen sind auch die keilförmigen und anderen Knochenausschneidungen, welche den erkrankten Knochen ausmerzen, in veralteten, schlimmen Fällen durchaus rationell nicht bloß im orthopädischen Sinne. Jedenfalls sollte man bei all diesen Fällen genauer auf tuberkulöse Herderscheinungen und Anamnese achten.

Herm. Frank (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

12) 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran.

Sektion für Chirurgie.

Die Diskussionsreferate sind von Herrn Dr. F. A. Suter (Innsbruck) nach Selbstberichten der Redner angefertigt worden.

A. Bum (Wien). Über Muskelatrophie nach Gelenkverletzungen und -Erkrankungen.

Tierversuche, welche Vortr. im Paltauf'schen Institut angestellt, sprechen im Sinne der von Cruveilhier, Strasser, Hanau, Sulzer vertretenen Inaktivitätstheorie und gegen die Auffassung einer reflektorischen Muskelatrophie. In der bisherigen ersten Versuchsreihe, in welcher Hunden an einem Hinterbeine auf chemischem Wege eine Kniegelenksentzündung erzeugt und beide Hinterbeine mittels eines ad hoc konstruierten Apparates vollständig und dauernd immobilisiert wurden, ergab die histologische Untersuchung von Muskelstücken, die aus korrespondierenden Stellen der Vasti von Zeit zu Zeit exzidiert wurden, beiderseits die Zeichen beginnender Degeneration: Gleichmäßige oder fast gleichmäßige Kernvermehrung, häufig Verschmälerung der Muskelfasern und in einzelnen Präparaten minder deutliche Querstreifung bald auf der kranken, bald auf der gesunden Seite. Die Gelenkerkrankung scheint ohne Einfluß auf die Muskelatrophie geblieben zu sein. Dies wurde durch Kontrollversuche erhärtet, in welchen nur die gesunde Extremität immobilisiert wurde; es atrophierten die Muskeln dieser Extremität weit rascher und intensiver als die des nicht fixierten kranken Gliedes. Zeitweilige Pausen der Immobilisierung bedingten zeitweise Erholung der Muskulatur beiderseits. — Ohne aus diesen vorläufigen Ergebnissen einer ersten Versuchsreihe weitgehende Schlüsse zu ziehen, glaubt Vortr. auf Grund derselben den Satz aussprechen zu dürfen, daß unabhängig von der gesetzten Gelenkserkrankung Wucherungen der Muskelfasern, nicht selten Verschmälerungen der Fasern jener immobilisierten Muskeln erfolgen, welchen die physiologische Bewegung des Gelenkes obliegt.

(Selbstbericht.)

P. Clairmont (Wien) berichtet über drei Fälle von trophischen Störungen usw.

Der erste Fall betrifft eine Pat., bei der sich $1/2$ Jahr nach der Amputation der linken Brustdrüse und Ausräumung der Axilla allmählich zunehmende Atrophie der Haut am fünften bis dritten Finger der linken Hand und Anästhesie der ulnaren Handseite einstellte. Am Röntgenbild zeigten sich neben atrophischen Vorgängen hypertrophische Prozesse am Knochen in Form kleiner höckriger Auftreibungen an den Phalangenköpfchen.

Bei der zweiten Pat. traten trophische Störungen in Begleitschaft einer überzähligen Halsrippe auf. Abgesehen von den motorischen Störungen (Ulnaris-, par-

tielle Medianuslähmung) bestanden zur Zeit der zweiten Aufnahme in die Klinik Blasenbildungen, und zwar auch an Hautpartien, die in ihrer Sensibilität nicht gestört waren. Den lokalen Erfolg der Operation — Exstirpation der überzähligen Halsrippe, die erst nach Keilresektion aus dem sechsten Halswirbelkörper der hochgradig skoliotischen Wirbelsäule zugänglich wurde — zeigt das Röntgenbild vor und nach der Operation, sowie das gewonnene Präparat. Anästhesie und motorische Ausfallserscheinungen sind seit der Operation in Rückgang begriffen. Besonders hervorzuheben ist in diesem Falle, daß auch nach genauer neurologischer Untersuchung die Kombination mit Syringomyelie bzw. Hysterie bisher auszuschließen war.

Im dritten Falle konnte die trophische Störung (Blasenbildungen der linken kleinen Zehe) auf eine vor mehreren Jahren erlittene Kompressionsfraktur des dritten Lendenwirbels bezogen werden, welche zur Läsion der zweiten, dritten und vierten Sakralwurzel mit dem typischen Ausfall in der Sensibilität geführt hatte. Im beigebrachten Röntgenbild ist die Fraktur einwandsfrei nachweisbar.

Aus diesen Fällen soll kein weiterer Schluß zur Hypothese der trophischen Nerven gezogen werden, sie seien nur als beobachtete Tatsachen zur Bereicherung unserer Kasuistik der trophischen Störungen mitgeteilt. (Selbstbericht.)

H. Küttner (Marburg). Zur Klinik der Ganglien.

Nach kurzen Mitteilungen über histologische Untersuchungen, welche die Resultate von Ledderhose, Thorn, Ritschl und vor allem Payr bestätigen, berichtet K. über Nachforschungen, welche er noch an der v. Bruns'schen Klinik über die in der Literatur auffallend wenig berücksichtigte Ätiologie und Prognose der Ganglien angestellt hat.

Die Untersuchungen erstreckten sich insgesamt auf 170 Fälle von Ganglien. Von diesen waren 79% typische dorsale und nur 2,3% volare Ganglien der Handgelenksgegend, 9% betrafen die Umgebung des Kniegelenkes und 9,7% die Nachbarschaft des Fußgelenkes. An anderen Körperstellen wurden Ganglien nicht beobachtet. Die rechte und linke Körperhälfte war annähernd gleich häufig befallen, nur am Kniegelenk ergab sich ein wohl zufälliger Unterschied. Doppelseitigkeit wurde nur in 3% der Fälle ausschließlich am Handgelenk beobachtet.

Für die noch dunkle Ätiologie der Ganglien ergab sich zunächst die Bestätigung der bekannten Tatsache, daß das jugendliche Alter und das weibliche Geschlecht prädisponiert sind; über 71% der Ganglien wurden bei weiblichen Individuen beobachtet. Dieses Überwiegen ist am auffallendsten bei den karpalen Ganglien und während des am stärksten befallenen Lebensalters zwischen 10 und 25 Jahren. Später nehmen die Ganglien außerordentlich an Häufigkeit ab, und es verwischen sich auch die Geschlechtsunterschiede, hauptsächlich aber wohl deshalb, weil die selteneren Ganglienformen der Knie- und Fußgelenksgegend vorwiegend bei Männern und jenseits des 30. Lebensjahres beobachtet werden. Die Heredität spielt, wie eingehende Nachforschungen mit Sicherheit ergaben, keine Rolle; ebensowenig das so häufig angeschuldigte Klavierspiel und ähnliche Verrichtungen. Dagegen kehrte in 26% der Fälle hauptsächlich bei karpalen Ganglien jugendlicher weiblicher Individuen die Angabe wieder, die Affektion sei durch dauernde Überanstrengung bei schwerer Arbeit entstanden. Für die Beurteilung der Ganglien als Unfallfolge ist von Bedeutung, daß in 20% der Fälle ziemlich einwandsfrei ein einmaliges schwereres Trauma für die Entstehung verantwortlich gemacht werden konnte. Es ergeben sich also als ätiologische Momente 1) das Entwicklungsalter, 2) das weibliche Geschlecht und 3) das Trauma in Gestalt dauernder Überanstrengungen oder einmaliger schwererer Einwirkungen. Offenbar trifft das Trauma zarte, wachsende Gewebe und löst in der Umgebung der meist gebrauchten und stärkst exponierten Gelenke und Sehnen durch Überdehnungen, leichte Einrisse und Blutergüsse den Verflüssigungsprozeß aus.

Die Nachforschungen erstreckten sich ferner auf die Prognose der Ganglien und die Aussichten der Therapie. Die Tatsache, daß die Krankheit nach dem 25. Lebensjahre so außerordentlich an Häufigkeit abnimmt, läßt den Schluß zu, daß sie an ein bestimmtes Lebensalter gebunden ist, jenseits dessen sie häufig

von selbst verschwindet. Diese spontane Heilung ist oft behauptet, aber selten bewiesen worden. Sie ergab sich in 16 % der Fälle nach erfolgloser Therapie. Fügt man hinzu, daß ein großer Teil der als harmlos bekannten Überbeine überhaupt nicht in ärztliche Behandlung kommt, und daß von den operierten Fällen auch mancher ohne Operation zurückgegangen wäre, so stellt sich die Ziffer spontaner Heilung offenbar recht hoch, wenn sie nicht überhaupt den normalen Ausgang des Leidens darstellt. Die Rückbildung tritt durchschnittlich im 23. Lebensjahre ein, wurde jedoch auch bei viel jüngeren Individuen beobachtet. Ganz regellos erfolgte sie an allen in Betracht kommenden Körperstellen bald Monate, bald Jahre nach den verschiedenartigsten Eingriffen.

Unter dem Gesichtspunkte der möglichen Spontanheilung müssen auch die Resultate der chirurgischen Behandlung betrachtet werden. Es darf von einem Erfolge der Therapie nur dann gesprochen werden, wenn sich die dauernde Heilung auch wirklich an den Eingriff angeschlossen hat. Und da ergibt sich nun aus den Zahlen K.'s, welche vorwiegend sogenannte reife Ganglien betreffen, daß keines der zahlreichen Verfahren vor Rezidiven schützt, daß vielmehr auch nach den eingreifendsten Methoden die Zahl der Rezidive eine unerwartet hohe ist. Am ungünstigsten sind die Erfolge der Punktion mit oder ohne Injektion reizender Flüssigkeiten; sie zeitigte nicht weniger als 57 % Rezidive. Selbst das einfache Zerschlagen oder Zerdrücken der Ganglien erwies sich mit 50 % Heilungen bzw. Rezidiven als aussichtsvoller. Nicht viel günstiger sind die Resultate der eigentlich operativen Verfahren; denn die Inzision oder subkutane Diszission war in 36 % der Fälle und selbst das radikale Verfahren der Exstirpation in nicht weniger als 30 % der Fälle von Rezidiven gefolgt. Dabei muß betont werden, daß wenigstens die Exstirpationen in der Mehrzahl von geübteren Chirurgen ausgeführt worden sind, wiewohl dieser Punkt von untergeordneter Bedeutung ist; denn die Behandlung der Ganglien ist nicht ausschließlich Aufgabe des Spezialisten Manche Fälle trotzten jeder Therapie und rezidivierten nach Anwendung vieler Verfahren, um dann nach mehr oder weniger langer Zeit von selbst zu heilen.

Bei dieser Lage der Dinge, bei der Gefahr des Rezidives und der Möglichkeit spontaner Rückbildung rät K., in Zukunft mit der Empfehlung von Eingriffen zur Beseitigung von Ganglien zurückhaltender zu sein und auf die Entfernung der Geschwulst nur dann zu dringen, wenn diese eine erhebliche Entstellung oder Schmerzen oder eine wesentliche Funktionsstörung veranlaßt. Von den therapeutischen Maßnahmen ist ganz zu verwerfen die Punktion mit oder ohne Einspritzung reizender Substanzen. Die mittels Querschnittes und ohne jede Rücksicht auf Sehnenscheide oder Gelenkkaspel auf das gründlichste auszuführende Exstirpation wird man, weil sie verhältnismäßig eingreifend und doch von zahlreichen Rezidiven gefolgt ist, auf Fälle beschränken, bei denen eine einfachere Therapie versagt hat, die Beseitigung des Ganglion aber aus den oben angegebenen Gründen dringend angezeigt ist. Mit dem scheinbar veralteten Zersprengen der Ganglien durch Druck oder Schlag wird man sich vielleicht wieder befreunden dürfen, um so mehr, als die Heilungsziffer von 50 % durch häufige Wiederholung des Druckes und kräftige Massage vielleicht noch gebessert werden kann und operative Verfahren immer noch anwendbar sind. Von diesen erscheint die subkutante Diszission mit dem Tenotom oder mittels Querschnittes und Hautverschiebung empfehlenswert, weil der kleine Eingriff fast die gleiche Zahl von Dauerheilungen bringt wie die schwierigere und bei mangelhafter Asepsis auch nicht unbedenkliche Exstirpation der Ganglien. (Selbstbericht.)

Diskussion: Lexer (Berlin). An der v. Bergmann'schen Klinik sind in den letzten 10 Jahren 720 Fälle von Karpalganglien zur Beobachtung gekommen, wovon ca. $^1/_3$ operiert, die übrigen unblutig behandelt worden sind. Zur Nachuntersuchung gelangten nur 102. Unter 31 Operierten war kein Rezidiv vorhanden; 8 Ganglien waren von selbst verschwunden; von 52 zerklopften waren nur 23 wiedergekehrt. Auch der Druckverband mit einem Bleiknopf brachte in 10 Fällen dauernde Heilung. L. vertritt den Grundsatz, erst zu operieren, wenn die unblutige Behandlung mehrmals versagt hat. Diszission, Punktion mit Injektion und Inzision mit Tamponade hält L. nicht für ratsam. —

Bum (Wien) spricht vom Standpunkte des Unfallchirurgen; er hält das plötzliche, erstmalige Auftreten von Ganglien »als Betriebsunfall« für äußerst selten; vielmehr handle es sich in derartigen Fällen um durch Überanstrengung hervorgerufene Rezidive. An Küttner stellt er die Anfrage, ob er seine Unfall-Fälle auch in diesem Sinne deute.

Küttner (Marburg). Infolge von dauernder Überanstrengung bei schwerer Arbeit entstandene Ganglien fallen in Deutschland nicht unter die Unfallversicherung. Nach Angaben der Pat. lag in 20% der Fälle ein einmaliges, schweres Trauma vor. Die Mehrzahl dieser Pat., darunter ein Arzt, hatte kein Interesse am Zusammenhang der Erkrankung mit dem Unfall.

Lorenz (Wien). Indikationen zur Sehnentransplantation.

Die Sehnentransplantationen werden nach Ansicht des Vortr. jetzt zweifellos outriert, und dadurch wird einer an sich guten Sache geschadet. Rationell ist jede Sehnentransplantation, welche eine vorhandene Störung im Gleichgewicht des Muskelantagonismus beseitigt oder vermindert, irrationell dagegen jede, welche die Störung des Gleichgewichts nur in entgegengesetzte Richtung verlegt. Nicoladoni's, des geistigen Vaters der Sehnentransplantation, erste Operation war verfehlt. Er verpflanzte bei einem Calcaneovalgus die Peronei auf den Fersenhöcker. Daraus muß ein paralytischer Klumpfuß resultieren. Für den paralytischen Calcaneovalgus höheren Grades ist es viel wichtiger, die Form zu korrigieren, event. durch Keilexzision aus dem Calcaneus. Beim Genu flexum paralyticum kann bei nicht zu hohen Graden der Pat. die Schwäche des Quadriceps durch geschickte Ausnützung der Schwerkraft ausgleichen, indem er beim Vorwärtssetzen des Fußes den Körper nach vorn neigt, also »ein kleines Kompliment« macht. Er ist so viel besser daran, als einer mit nach vorn verpflanzten Beugern, der ein rasch sich verschlimmerndes Genu recurvatum davonträgt. Der Biceps und die beiden Semimuskeln sind daher für Lorenz ein noli me tangere. Höchstens den Semitendinosus, Gracilis, Sartorius, Tensor fasciae latae könnte man zum Ersatz des Quadriceps heranziehen. Dieser Ersatz ist aber ungenügend. Eine vorhandene Kniegelenkskontraktur soll man redressieren, event. unter Zuhilfenahme der subkutanen Tenotomie und bei Kindern der suprakondylären Infraktion des Femur. Beim paralytischen Klumpfuß müssen wir, um planmäßig vorgehen zu können, genau wissen, welche Muskeln gelähmt sind. Das ist oft sehr schwer zu unterscheiden; wir können den zentral gelähmten Muskel vom funktionell gelähmten elektrisch nicht unterscheiden; denn ein Muskel kann bei entsprechender Verschiebung seiner Ansatzpunkte keinen mechanischen Effekt mehr hervorbringen. Daher empfiehlt sich für diese Fälle zunächst modellierendes Redressement, event. Überkorrektion, dann einige Monate Fixation, dann intensive Muskelpflege, Übungen. Auch für den kongenitalen Klumpfuß ist erste Aufgabe die Formkorrektion; häufig ist dann eine Operation gar nicht mehr nötig. Beim spastischen Genu flexum kommt eine Transplantation nur dann in Frage, wenn den spastisch kontrahierten Muskeln paralytische Antagonisten gegenüberstehen, Ein Mißbrauch ist es auch zu nennen, wenn man bei entzündlichen Kontrakturen (z. B. Kniegelenksfungus) die Muskeln verlagert, schon im Gedanken daran, sie nach geschehenem Ausgleich wieder zurückzuverlagern. Bei der Hand finden die Sehnentransplantationen breiteste Indikationen. (Selbstbericht.)

E. Payr (Graz). Weitere Erfahrungen über die Behandlung von Blutgefäßgeschwülsten mit Magnesiumpfeilen.

P. berichtet über seine bisherigen Erfahrungen bei der Behandlung von kavernösen Tumoren durch Einführung von Magnesiumpfeilen.

Jetzt, nachdem eine, wenn auch nicht große Zahl von Erfahrungen bei verschiedenen Blutgefäßgeschwülsten vorliegt, ist es an der Zeit, besonders den beiden Fragen nach den Grenzen der Leistungsfähigkeit der Methode und deren Indikationsstellung Aufmerksamkeit zu schenken.

Die Methode besteht, wie bekannt, in der Einführung möglichst zahlreicher, entweder aus Magnesiumblech mit der Schere zurecht geschnittener oder aus Magnesiumstäbchen gedrehter spitzer Pfeile in den kavernösen Tumor, wobei na-

türlich auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Pfeile großes Gewicht gelegt werden muß.

Die Wirkung dieser Behandlungsart der Blutgefäßgeschwülste ist eine zweifache, eine mechanische und eine chemische. Mechanisch durch die vielfache Verletzung der Endothelauskleidung, sowie der bindegewebigen Septen in der Geschwulst, sowie durch die Einbringung eines die Blutgerinnung befördernden Fremdkörpers. Chemisch wirkt das Magnesiummetall intensiv auf das Blut in den Maschenräumen des Kavernoms dadurch ein, daß das im Blut enthaltene Wasser durch die Anwesenheit des Magnesiummetalles in Wasserstoff und Sauerstoff zerlegt wird, durch welchen Vorgang leicht begreiflicherweise schwere, zur Gerinnung führende Alterationen der Blutflüssigkeit erzeugt werden.

Geeignete Objekte für die Magnesiumpfeilbehandlung sind nur jene Gefäßgeschwülste, welche dem Typus des Tumor cavernosus angehören. Hier haben wir ziemlich umfangreiche, mit Endothel ausgekleidete Hohlräume, in denen sich nach Eindringen des Magnesiumpfeiles ausgedehnte Gerinnungsvorgänge abspielen, die sich bei den ungemein zahlreichen Kommunikationen der einzelnen blutführenden Hohlräume leicht in die Nachbarschaft fortsetzen; so kommt es bei genügend reichlicher Spickung der Geschwulst zu ausgedehnten Thrombenbildungen und schließlich zu völliger Obliteration durch bindegewebige Umwandlung der sich organisierenden Gerinnsel.

Das Angioma simplex, die Teleangiektasie, ferner die aus kleinen, dünnwandigen Venen oder Arterien zusammengesetzten proliferierenden Hämangiome bieten dagegen für das in Rede stehende Verfahren keinen günstigen Boden; die eindringenden Pfeile verletzen naturgemäß nur eine relativ geringe Zahl von blutführenden Bahnen, die in gar keinem Verhältnis zu den unverletzten, stromführenden Gebieten stehen. Die beim Tumor cavernosus die Gerinnungsvorgänge befördernde Verlangsamung der Blutströmung fehlt hier ebenfalls.

Bei Mischformen von Haemangioma simplex und cavernosum ist nur eine heilsame Beeinflussung im Bereiche des letzteren zu erwarten. Besonders dort, wo es sich um progressive Blutgefäßgeschwülste, gewöhnlich in der Peripherie den Bau des Kapillarhämangioms darbietend, handelt, vermag die Magnesiumpfeilmethode das Fortschreiten der Geschwulst nicht zu verhüten. Es gibt Fälle, in denen sich eine kombinierte Behandlung in der Weise empfiehlt, daß die kavernösen Maschenräume durch Magnesiumimplantierung zur Verödung gebracht werden, während die teleangiektatischen Bezirke nach einer anderen Methode (z. B. Galvanokaustik) behandelt werden.

Endlich gibt es Mischgeschwülste zwischen den einzelnen Geschwulstformen der Bindegewebsreihe mit Hämangiomen. Am häufigsten finden wir solche gefäßreiche Geschwülste als Angiolipome und Angiofibrome; auch hier kann unter Umständen der anatomische Bau der Geschwulst für die Behandlung mit Magnesiumpfeilen durchaus ungünstig sein. Jedenfalls aber darf, selbst wenn es sich um kavernösen Bau handelt, nicht erwartet werden, daß die aus Fettgewebe, Bindegewebe oder Muskelgewebe bestehende Grundlage der Geschwulst, selbst nach weitgehender Obliteration ihrer Blutkanalisation, eine erhebliche Rückbildung oder Verkleinerung erfährt.

Ein großer Teil der für die Indikationsstellung wichtigsten Fragen beantwortet sich, wie man sieht, in selbstverständlicher Weise bei möglichst genauer Würdigung der pathologisch-anatomischen Eigentümlichkeiten der Blutgefäßgeschwülste.

In einem weiteren Abschnitte bespricht P. die Technik des Verfahrens. Besonderes Gewicht wird auf die möglichst genaue Untersuchung des Kranken gelegt. Durch Benutzung verschiedener Lagerung des Kranken, durch Anwendung der hyperämisierenden Gummibinde Bier's, durch Elevations- oder Konstriktionsentblutung lassen sich mannigfaltige Aufschlüsse über das klinische Bild der jeweiligen Form, sowie deren anatomische Grundlage gewinnen. Diese Erkenntnis ist für die Wahl des einzuschlagenden therapeutischen Weges von größter Wichtigkeit.

Eingehend wird ferner besprochen das Material und die Zubereitung der einzuführenden Magnesiumpfeile, die instrumentellen Behelfe, die Asepsis, die Anästhesie. Eine kurze Schilderung verschiedener Arten der Technik des Verfahrens, der Versorgung der Einstichöffnungen, der Nachbehandlung vervollständigt das eigentliche Kapitel der Technik.

Eine genaue Würdigung erfahren die Erscheinungen am Operationsgebiet, die Schwellung, das Derberwerden der Geschwulst, das Wasserstoffgasemphysem, die allmähliche Verkleinerung und Schrumpfung des Tumors.

In manchen Fällen, besonders an gewissen Stellen im Gesichte, bleibt an Stelle des obliterierten Hämangioms ein bindegewebiger, etwas derber Geschwulstrest zurück.

In manchen Fällen, z. B. an der Oberlippe, kann sich die nachträglich von der Schleimhautseite vorzunehmende Entfernung dieses Bindegewebskörpers aus kosmetischen Gründen empfehlen; im allgemeinen soll man sich jedoch mit einer solchen Korrektur keineswegs übereilen, da dieselbe in den allermeisten Fällen durch sehr starke Schrumpfung überflüssig wird; sie kommt mit einer gewissen Konstanz in Betracht, wenn es sich um Mischformen von Blutgefäßneubildungen mit Fett- oder Bindegewebsgeschwülsten handelt, bei denen ein erhebliches und gegebenenfalls störendes Stützgerüst zurückbleibt.

Ganz kurz werden die bei gleichzeitiger Schleimhaut- und Hauterkrankung notwendigen Maßnahmen besprochen. Es wird nochmals betont, daß sich nur subkutane kavernöse Geschwülste für die Behandlung mit Magnesiumpfeilen — diese allerdings in ausgezeichneter Weise — eignen.

Rein kutane Kavernome eignen sich aus mehrfachen Gründen nicht sonderlich für das Verfahren. P. hat dies schon in seiner ersten Publikation hervorgehoben, führt dies jedoch jetzt ausführlicher aus, weil gerade ein kürzlich von Tollens mitgeteilter Fall von Behandlung eines kutanen Tumors begreiflicherweise einen Mißerfolg ergab, der nicht dem Verfahren als solchen, sondern einer unrichtigen Indikationsstellung seine Entstehung verdankt.

Es gibt Hämangiome des Gesichtes, Halses und Schädels von so gewaltiger Ausdehnung, daß manchmal nahezu der halbe Kopf von der Blutgefäßneubildung eingenommen ist. Solche Formen sind keinem anderen operativen Verfahren mit sicherer Aussicht auf Erfolg zugänglich; durch Wachstum, Substituierung des Nachbargewebes, Verdrängungserscheinungen, besonders aber durch Blutung und Jauchung bereiten diese Geschwülste dem Träger erhebliche Gefahren. Gerade diese Kolossalkavernome können, wie sich aus P.'s Krankengeschichten ergibt, durch das Magnesiumpfeilverfahren vollständig geheilt werden; es sind das also Fälle, wo das Verfahren dringend indiziert ist, speziell aber auch aus dem Grunde, weil alle anderen Verfahren entweder große Gefahren bringen oder überhaupt unmöglich sind (Exstirpation) oder in ihrer Wirkung keinen halbwegs sicheren Erfolg versprechen.

In anderen Fällen stellt die Magnesiumpfeilbehandlung einen im Vergleiche zur Exzision so einfachen, unblutigen und ungefährlichen Eingriff mit kosmetisch ausgezeichnetem Erfolge dar, daß die Wahl zu deren Gunsten ausfallen muß.

Sie ist also in solchen Fällen eine Methode der Wahl. Selbstverständlich gibt es eine ganze Zahl von Fällen, in denen sowohl die Lage als die Größe der Geschwulst die bisher am meisten bevorzugte Exzisionsmethode uns vorziehen läßt; aber auch hier können unter Umständen kosmetische Vorteile den Ausschlag geben.

In einer ganzen Reihe von Fällen, die speziell durch den ungeeigneten Geschwulstcharakter bedingt sind, worauf schon vorher hingewiesen worden ist, verbietet sich das Verfahren überhaupt von selbst.

Nicht unwesentlich erscheint P. ferner das Verhältnis der Magnesiumpfeilmethode zu sämtlichen übrigen, bisher in Verwendung gezogenen Behandlungsarten der Blutgefäßgeschwülste. Es ist von Wichtigkeit, zu erwähnen, daß das Pfeilverfahren keine von den anderen Heilbestrebungen

ausschließt oder erschwert. Im Gegenteil: die Exzision wird durch die wenigstens teilweise Obliteration der Blutgefäße viel unblutiger, ungefährlicher und leichter. Ja es gibt Gefäßgeschwülste, für die P. die Behandlung mit Magnesiumpfeilen direkt als Vorakt vor der geplanten Exstirpation bezeichnen möchte. Die Galvanokaustik, die Behandlung mit dem Paquelin, die Injektionsmethoden, die Elektrolyse können unbeschadet der Magnesiumpfeilmethode verwendet werden.

Endlich ist es nicht unwesentlich, noch besonders hervorzuheben, daß dem Verfahren, nach den bisherigen, wie P. glaubt, vollständig genügenden Erfahrungen an zahlreichen Tierversuchen und am Menschen, keinerlei Gefahren innewohnen. Niemals kam es zu einer über das Gebiet des Kavernoms in die Nachbarschaft sich ausbreitenden Thrombose: auch anatomisch wurde dies in einigen Fällen festgestellt, in denen die bindegewebigen Obliterationsreste der Blutgefäßgeschwülste exzidiert wurden; es ließen sich keine Thromben in den Nachbargefäßgebieten nachweisen, obwohl eifrig nach solchen gesucht wurde.

Niemals wurde ein embolischer Vorgang beobachtet, weder von einem losgerissenen Blutgerinnsel, noch von Wasserstoffblasen in Form der Gasembolie, vor der man in früheren Zeiten große Furcht hatte.

Bei Beobachtung der gewöhnlichen Grundgesetze der Asepsis wurde niemals eine auf eine Infektion zu beziehende Komplikation gesehen; die Verödung der Geschwulst verläuft ganz ohne Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens.

Die Hauptvorteile des Verfahrens lassen sich also in folgender Weise zusammenfassen:

Die technische Einfachheit gestattet die Ausführung dieser Behandlungsmethode der subkutanen kavernösen Geschwülste mit relativ geringen Hilfsmitteln; sie ist ungefährlich, durch einige Tropfen Schleichlösung vollkommen schmerzlos zu machen und vollkommen unblutig. Inhalationsnarkose ist überflüssig.

Da das Verfahren ganz unblutig ist, kann es selbst bei ganz kleinen Kindern, die man sonst nicht gern einem Blutverluste aussetzt, zur Ausführung kommen; dadurch werden die Gefäßgeschwülste zu einer Zeit behandelt, da sie sich noch nicht auf weite Strecken ausgebreitet haben und sind daher viel leichter räumlich zu beherrschen.

Das Verfahren leistet kosmetisch ganz Ausgezeichnetes; den kleinen Tenotomstich, von dem aus die Pfeile eingeführt werden, sieht man später überhaupt nicht. Das Verfahren läßt sich mit allen anderen Behandlungsarten kavernöser Geschwülste kombinieren und schließt keines derselben für späterhin aus.

An der Hand von zahlreichen Abbildungen bespricht P. die Erfahrungen bei elf selbst behandelten Fällen und verweist noch auf einige anderwärts gemachte Beobachtungen. Einzelne dieser Fälle stellen Heilungen von ungemein ausgedehnten und äußerst entstellenden Blutgefäßneubildungen dar; einige derselben waren schon nach verschiedenen anderen Methoden ganz vergeblich behandelt worden.

Auch manche Lymphangiome werden durch obiges Verfahren günstig beeinflußt; doch dürften sich auch da nicht alle Formen gleichmäßig für dasselbe eignen; darüber wird sich erst nach weiteren Erfahrungen urteilen lassen.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Hofmeister (Stuttgart) hat mit der wasserstoffabspaltenden Wirkung des Magnesiums bei Deckung eines Schädeldefektes mit einer Magnesiumplatte in unangenehmer Weise Bekanntschaft gemacht, indem sich unter der Haut eine hühnereigroße Luftgeschwulst entwickelte, die $2^1/_2$ Wochen lang täglich punktiert werden mußte.

Preindlsberger (Sarajevo). Bemerkungen zur Rückenmarksanästhesie.

P. hat seit 3 Jahren in 425 Fällen die Rückenmarksanästhesie ausgeführt und mehrfach darüber berichtet. Zweck seiner heutigen Mitteilung ist eine Zusammenstellung seiner letzten 60 Fälle, da er 30mal auf die Empfehlung Sonnenburg's Stovain anwendete, das von diesem Autor beobachtete Ausbleiben der Nebenerscheinungen nicht bestätigt fand und auch die analgetische Wirkung nicht so prompt eintreten sah; P. kehrte nach diesen 30 Versuchen wieder zum Tropakokain zurück.

Er wendete die Methode im Gegensatz zu anderen Autoren bisher nur bei Kindern an und hat als Maximaldosis bisher 0,07 g injiziert.

P. bespricht auch die am anderen Ort beschriebene Technik der Vorbereitung der Injektionsflüssigkeit und das von ihm verwendete Instrumentarium.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Hirsch (Wien) teilt mit, daß an der Abteilung von Mosetig im Verlauf von 2 Jahren die Rückenmarksanästhesie ca. 300mal ausgeführt worden sei. In den letzten 50—60 Fällen wurde Stovain mit gutem Erfolg verwendet (0,06 mit etwas Adrenalin in physiologischer Kochsalzlösung). Das Fehlen irgendwelcher unangenehmen Erscheinungen führt H. weniger auf das Stovain zurück, als auf den Umstand, daß der Abfluß der Zerebrospinalflüssigkeit möglichst eingeschränkt und so jeder Unterdruck vermieden wird.

Haberer (Wien) glaubt nicht, daß die gute Wirkung der Rückenmarksanästhesie davon abhänge, daß wenig Liquor cerebrospinalis abfließe. In einem Falle von perinealer Prostatektomie habe die Rückenmarksanästhesie versagt, offenbar deshalb, weil man zu wenig Liquor hatte abfließen lassen. Derselbe stand unter hohem Druck, so daß mit ihm neben der Kanüle sich tropfenweise die injizierte Adrenalin-Kokainlösung entleerte. Seither lasse man an der v. Eiselsberg's chen Klinik niemals viel Liquor cerebrospinalis abfließen und habe nie mehr ein Versagen und auch keinen Nachteil bei dem Verfahren bemerkt.

Defranceschi (Rudolfswert) verfügt über 200 Fälle von Rückenmarksanästhesie, die von vollkommenem Erfolge begleitet waren. Er bringt dieselbe auch bei Kindern in Anwendung. D. verwendet Tropakokain, und zwar bei Kindern unter 10 Jahren 8—10 cg, bei solchen von 10—15 Jahren mindestens 10 cg und bei Erwachsenen durchweg 15 cg. D. betont, daß er keine unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet habe.

Preindlsberger (Sarajevo) hat die Dose von 0,07 g nie überschritten und führt bei Kindern aus psychischen Gründen nur die Allgemeinnarkose aus.

Defranceschi (Rudolfswert) berichtet über 770 Fälle von Spinalanalgesie Bei den ersten 20 Fällen injizierte er 5 cg und war mit dem Erfolge sehr unzufrieden. Allmählich stieg er auf 15 cg und hat nun immer einen vollen Erfolg, ohne die unangenehmen, bisher beobachteten Begleiterscheinungen mit in den Kauf nehmen zu müssen. Das Tropakokain sterilisiert er sich selbst in einer Zentrifugeneprouvette in der Bratröhre bei 130° C und läßt dann ca. 5—6 g Liquor cerebrospinalis einfließen. Er bekommt immer genügende Menge Liquor. Vielleicht ist diese Art der Sterilisierung von besonderer Wichtigkeit, da bei 15 cg Kokain keine Beschwerden auftreten. Interessant ist die Beobachtung, daß die Unempfindlichkeit zuerst rechts auftritt, wenn ein Linkshänder, links wenn ein Rechtshänder injiziert. (Selbstbericht.)

Diskussion: Preindlsberger (Sarajevo) verwendete Tropakokain in der Dosis von 0,07 g. Bei Kindern hat er die Rückenmarksanästhesie nie ausgeführt. Die Gefahrlosigkeit der höheren Dosierung Defranceschi's beruhe vielleicht in der Abschwächung des Tropakokains durch die Sterilisation bei 130°.

Hirsch (Wien) macht auf die Beobachtung von Dönitz aufmerksam, daß bei seitlicher Punktion in manchen Fällen nur eine Halbseitenanästhesie eintritt, woran H. die Folgerung knüpft, man müsse die Punktion stets in der Mittellinie ausführen. D. hält diesen Weg für viel rationeller, als das fortwährende Steigen in der Dosis. Dieses Steigen in der Dosis, sowie die Anwendung der Spinalanagesie bei Kindern könne die Methode in Mißkredit bringen.

v. Eiselberg (Wien) erwähnt, daß Bier, falls bei der 1. Injektion die Lumbalanästhesie versagt, abermals eine Dosis injiziere und so kaum mehr einen Versager erlebe.

Defranceschi (Rudolfswert). Wenn Preindelsberger in manchen Fällen nicht genügend Liquor bekomme, so liege dies jedenfalls an der Technik. Er (D. bekomme immer eine genügende Quantität dieser Flüssigkeit.

Gegenüber Hirsch bemerkt er, daß er auch immer in der Mittellinie einsteche. Er erwähnt die Beobachtung, daß, wenn er selbst (Linkshänder) injiziert, die Anästhesie zuerst an der rechten Körperhälfte beginnt, während sich dies umgekehrt verhält, wenn sein Assistent (Rechtshänder) injiziert.

Auch D. hat ein und dieselben Person zu verschiedenen Malen bei verschiedenen Operationen, sowie dieselbe Person während einer Operation mehrmals anästhesiert, ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu beobachten.

M. Hirsch (Wien): Über epidurale Injektionen.

Vortr. teilt seine Erfahrungen über die Methode der epiduralen Injektionen Cathelin's mit, die in Deutschland bisher nicht imstande war, festen Fuß zu fassen. Die Technik des Eingriffes, die sehr einfach ist, wird kurz erörtert und betont, daß von der korrekten Ausführung der Injektion der Erfolg im wesentlichen abhängt. Die Injektionen werden ambulatorisch ausgeführt. Großes Gewicht wird auf das Studium der nach der Injektion auftretenden Erscheinungen gelegt, unter denen Vortr. besonders eine Hyperämie der unteren Körperhälfte hervorhebt, die sich auch objektiv in Form einer beträchtlichen Hyperämie der Harnblasenschleimhaut cystoskopisch nachweisen läßt.

Die Methode ist zunächst eine analgesierende, namentlich bei verschiedenen schmerzhaften Affektionen der unteren Körperhälfte, wie Ischias, Lumbago usw.; operative Analgesie ist mit ihr am Menschen nicht zu erzielen. — Sodann stellt der epidurale Weg wegen seines reichen Venennetzes einen vorzüglichen medikamentösen Absorptionsweg dar. Der Schwerpunkt der Methode aber liegt in der Behandlung der essentiellen Enuresis und der reizbaren Blase, wo der Vortr. bis 80% an Dauerheilungen zu verzeichnen hat, namentlich dann, wenn das Leiden nicht zu lange besteht und nicht zu viel andersartig behandelt worden ist.

Indem der Vortr. an der Hand seiner Erfahrungen die Möglichkeit einer bloß suggestiven Wirkung der epiduralen Injektionen von der Hand weist und auch die von Cathelin aufgestellte Theorie nicht akzeptieren kann, versucht er die von ihm nachgewiesene Hyperämie der Blasenschleimhaut mit der Wirkung der epiduralen Injektionen in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Diskussion: Preindlsberger (Sarajevo) hat die Cathelin'sche Methode schon mehrfach ausgeführt. Bei Ischias erzielte er nur vorübergehende, bei Enuresis einige Male gute Erfolge; er bemerkt aber, daß sich Enuresis häufig auch bessere bei Wechsel der Lebensverhältnisse (Spitalaufnahme). P. hält die Methode für gefahrlos und bei Enuresis empfehlenswert.

v. Eiselsberg (Wien) rät zur Skepis; bei Enuresis nützen gelegentlich verschiedene Mittel, und läßt andererseits wieder jedes im Stich. v. E. hat bisher niemals epidurale Injektion gemacht. Er stellt an den Vortr. die Anfrage, woran man erkenne, daß man sich im epiduralen Sacke befindet.

Hirsch (Wien) bemerkt auf die Frage von v. Eiselsberg, daß zunächst das Gefühl, die Abschlußmembran des Hiatus sacralis perforiert zu haben, für den Geübten sehr deutlich ist; sodann sei auch die Berührung der vorderen Sakralwand mit der Nadel charakteristisch. Von Fehlern kommt namentlich das Vorschieben der Nadel in der Subcutis in Betracht. Bei dicken Leuten rät H., die Abschlußmembran durch Inzision bloßzulegen und die Injektion unter Kontrolle des Auges zu machen.

Auf die Bemerkung von Preindlsberger erwidert H., daß in seinen Fällen eine veränderte Lebensweise nicht in Betracht komme, indem er die Injektion stets ambulatorisch ausführe.

Kuhn (Kassel) bringt seine Überdrucknarkose mittels peroraler Tubage zum Abschluß. Anschließend an seine seitherigen Publikationen erörtert er an der Hand von Zeichnungen den Chloroform-Sauerstoffapparat, welcher die Überdruckluft zu liefern bestimmt ist. Derselbe besteht in der Hauptsache aus zwei getrennten Bälgen, welche unter einem genau zu regulierenden (Gewichte) Drucke ein Sauerstoffluftgemenge teils mit Chloroformzusatz, teils ohne einen

solchen beherbergen. Gefüllt werden sie von einer Sauerstoffbombe aus (fakultative Zugabe von Luft mittels Blasebalges), mit Verwendung eines Chloroformtropfapparates nach Roth-Dräger. Die aus den beiden Bälgen austretenden Gasgemenge passieren eine Wandhahneinrichtung; dann vereinigen sie sich unter Durchstreichung eines Manometers zu einer Leitung nach dem Munde. Dort tritt das Gasgemenge im Stadium der Inspiration in das Tubusrohr nach der Lunge ein, bei der Exspiration verläßt es aus einem Ventile das System.

Der Apparat leistet laut Versuchen an lebenden Menschen und Tieren alles, was man von ihm verlangen kann. Unter seiner Verwendung ist man imstande, einen Menschen stundenlang in einer ruhigen Überdrucknarkose zu halten (7—15 cm Wasserdruck). Die Zufuhr von Chloroform aus dem einen Balg erfolgt ganz nach Bedarf durch Einstellung des Wandhahnes; ist Pat. tief genug in Narkose, wird die Chloroformzufuhr (ohne Unterbrechung der anderen Druckzuleitung) sistiert.

(Selbstbericht.)

Schultze (Duisburg) Die Klemmtechnik in der Chirurgie nach dem Prinzip der fremdkörperfreien Klemmnaht.

Auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Aachen 1900 berichtete ich an dieser Stelle über meine neue Nahtmethode, die Klemmnaht. Die Technik derselben bestand in der Fixation der Wundränder mittels Roser'scher Klauenschieber in Abständen von ca. $1/2$ cm, sowie in Anlegung eines gewöhnlichen Verbandes und Entfernung der Schieber direkt nach Fertigstellung des Verbandes. Zweck dieser Methode ist Ausschaltung der eventuellen Stichkanaleiterung.

Indiziert ist die Klemmnaht überall dort, wo genäht wird; eine Spannung der Haut darf nicht vorhanden sein.

Die bei der Klemmnaht zur Verwendung gelangende Klemmtechnik habe ich nun allenthalben in der Chirurgie ausgenutzt. Der Klemmnaht fällt aber hier die Aufgabe zu, als vorbereitende Naht zu dienen. Die äußerst einfache Naht besteht darin, daß mittels der Roser'schen Klauenschieber die Wundränder gefaßt und die Wunden geschlossen werden, wodurch das Operationsgebiet nahtgerecht wird. Zweck der Klemmtechnik ist Vereinfachung jeder Naht, Erhöhung der Aseptik durch direkten Abschluß der Wunden, exakte Adaption der Wundränder, endlich die Möglichkeit, feinstes Nahtmaterial zu verwenden.

Indiziert ist die Klemmtechnik überall dort, wo man nähen will; besonders da, wo große Spannungen sind, leistet die vorbereitende Klemmnaht vorzügliche Dienste.

Das zur Verwendung gelangende Instrument ist entweder der Roser'sche Klauenschieber oder auch der Péan tunlichst mit klauenförmigem Abschluß. Bei Höhlen kann man etwas gebogene Modelle mit größtem Vorteil ausnutzen.

In aller Kürze auf die einzelnen Operationen hinweisend, kommen in Betracht die äußeren Bedeckungen und die inneren Organe. Bei den ersteren bezieht sich die Klemmtechnik auf die Haut (Plastik, Einnähen von großen Thiersch-Lappen auf Muskel, Sehne, Nerv, Gefäße).

Was die inneren Organe angeht, so handelt es sich hier um Kopf, Hals, Brust und Bauchgegend. Am Kopf sind die vielen Plastiken sehr geeignet für die in Frage stehende Methode. Ganz besonders trifft dies zu bei den Operationen der Gaumenspalte, deren Technik dadurch ungemein vereinfacht und deren Resultat wesentlich günstiger gestaltet wird. Analog gestalten sich die Verhältnisse bei definitiver oder temporärer Resektion der Kiefer, der Zunge, wenn es gilt, den Schleimhautabschluß exakt in kurzer Zeit zu erledigen.

Am Hals werden wir bei den Operationen am Ösophagus sowie Larynx durch die Klemmtechnik eine wesentliche Erleichterung finden.

Der Thorax gibt kaum Verwendung für die Klemmtechnik, nur bei Herzverletzungen wird sich dieselbe bewähren.

Das größte Feld für die Verwendung unserer Technik finden wir in der Bauchhöhle, so bei den Operationen am Magen und Darm, über die ich im vorigen Jahre an dieser Stelle berichtete. Der Anus praeternaturalis, die Exstirpation des Proc. vermiformis, die Resektion des Rektum sind Operationen, welche durch die Klemm-

technik eine wesentliche Vereinfachung erfahren. Dasselbe gilt von der Gallenblase, sofern es sich um große dilatierte Blasen handelt oder auch um solche, welche für die Exstirpation bestimmt sind.

Bei den Operationen des Uterus, der Vagina, der Adnexe, sowie bei den Verletzungen des Peritoneum am Beckenboden spielt die Klemmtechnik eine wichtige Rolle. Dasselbe gilt von den Operationen an der Blase und Penis (Striktur, Hypospadie, Phimose).

Zum Schluß fasse ich Vorstehendes in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Klemmnaht, als vorbereitende Naht kann allenthalben eine ausgedehnte Verwendung finden.

2) Durch die Technik wird die Naht vereinfacht, die Aseptik erhöht, da große Wundflächen rasch abgeschlossen werden können.

3) Exakte Adaption der Wundränder ist ein ganz besonderer Vorzug, ebenso

4) die Möglichkeit, feinstes Nahtmaterial zu verwenden. (Selbstbericht.)

(Fortsetzung folgt.)

---

13) **Frank.** Einfaches Stativ für Cystoskope, Urethroskope und ähnliche Instrumente.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 8.)

Verf. beschreibt eine von ihm angegebene Stativvorrichtung, welche in die Harnröhre oder Blase eingeführte Instrumente in einer bestimmten Lage fixieren und dadurch zu photographischen oder Demonstrationszwecken gute Dienste leisten soll. Gegenüber den schon existierenden Vorrichtungen wird dem neuen Stativ äußerste Einfachheit der Konstruktion und der Handhabung seitens des Verf.s nachgerühmt. Nähere Beschreibung und Abbildung sind im Originale einzusehen. Verfertiger sind Louis & H. Loewenstein in Berlin.

Grunert (Dresden).

14) **R. dalla Vedova.** Nuovo separatore endo-vesicale delle orine.

(Acc. med. di Roma 1905. Giugno 4; Morgagni 1905. Nr. 37.)

Das Becken des Kranken soll bei der Untersuchung von hinten nach vorn geneigt sein. Das Instrument hat die Form eines Mercierkatheters, besteht aber aus drei Stäben, von denen zwei ventral und seitlich angeordnet sind, während der dritte dorsal und in der Mitte liegt. Jeder hat eine doppelte Reihe von Öffnungen. Der Schnabel des Instrumentes paßt sich dem Trigonum vesicae in der Mittellinie an. Die richtige Lage wird dadurch festgestellt, daß aus dem mittleren Rohre keine Flüssigkeit abfließt (Kontrollkatheter). Verf. hat mit dem Instrumente bei fünf Nephrektomierten nur von einer Seite Urin erhalten; bei zwei Nierenkranken war der Urin der beiden Seiten völlig verschieden. **Dreyer** (Köln).

15) **L. Rauenbusch.** Über Gallertkrebs der Harnblase.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXII. p. 132.)

Verf. fügt den spärlichen kasuistischen Mitteilungen über genannte Krebsart einen neuen Fall von Gallertkrebs hinzu, der die ganze Blase einer 51jährigen Frau ausfüllte, auf die benachbarten Organe übergegriffen und ausgedehnte Drüsenmetastasen bis zum Pankreas hinauf gebildet hatte. Überall fand sich, namentlich in den jüngsten Partien des Krebses und vollends in den Metastasen, eine Neigung zu colloider Degeneration. Die ausführliche histologische Beschreibung der Geschwulst ist im Original nachzulesen. **Doering** (Göttingen).

16) **Bartkiewicz.** Ein Fall von Nierendekapsulation.

(Gazeta lekarska 1905. Nr. 30.)

Bei einer 36 Jahre alten Frau, welche an Nephritis litt und trotz medikamentöser Behandlung immer mehr herabkam, wurde von Gabszewicz die Nierenaushülsung vorgenommen, und zwar beiderseits mit Exzision der Kapsel. Die linke

Niere war um $^{1}/_{3}$ vergrößert, die rechte etwas kleiner. Glatter Wundverlauf, rasche Besserung des Allgemeinbefindens, die Anschwellungen gingen zurück. Der Eiweißverlust jedoch betrug noch $2^0/_{00}$ gegen $3^0/_{00}$ vor der Operation.

Bogdanik (Krakau).

17) **Maximow.** Über die Operation der vollkommenen Entmannung bei krebskranken Männern (Emasculation totale).

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 8.)

Nach der von Chalot angegebenen Methode der Emasculation totale hat Verf. zwei Fälle behandelt und, hierdurch angeregt, in der Literatur im ganzen noch 23 Fälle gefunden, in denen diese Operation ausgeführt wurde. Die in der Literatur verzeichneten, sowie die vom Verf. selbst erzielten guten Resultate ermuntern ihn, die Operation der vollständigen Entmannung erneut für geeignete Fälle zu empfehlen. Als solche werden diejenigen angesehen, in denen die Krankheit (wohl immer Karzinom!) sich nicht auf den Penis beschränkt, sondern auf die Nachbarorgane übergegriffen hat. Rezidive sollen selten, die Prognose quoad vitam et valetudinem günstig sein. **Grunert** (Dresden).

18) **Penzo.** Anastomosi fra dotto deferente e testicolo (vasodidimostomia.)

(Rivista veneta di scienze mediche. Venezia 1905.)

Experimentalstudie aus dem Institut für Pathologie und propädeutische Chirurgie der Universität Padua.

Nach eingehender Besprechung der bis jetzt vorliegenden und z. T. praktisch versuchten Verfahren beschreibt Verf. sein Vorgehen, das er an einer größeren Reihe von Tierexperimenten und auch in einem Falle beim Menschen erprobt hat.

Das Bestreben des Verf. ging dahin, erstens eine Verbindung des Ductus deferens mit dem Parenchym des Hodens (ausschließlich des Rete testis) herzustellen und zweitens den praktischen Nachweis zu führen, daß die neugeschaffene Verbindung auch richtig funktioniert. Beides ist ihm gelungen; das letztere, indem er bei Tieren doppelseitig die Verbindung herstellte und die Tiere mit Weibchen zusammensperrte, die dann auch trächtig wurden.

Entsprechend seinen Tierversuchen ging Verf. in einem Falle von tuberkulöser Epididymitis so vor, daß er nach Resektion des Nebenhodens und des Endteiles des Samenstranges verschiedene Öffnungen in dem zurückbleibenden Stück des letzteren anlegte und dieses in der zu Untersuchungszwecken gesetzten Inzisionswunde des Hodens fixierte. Als dann später die Exstirpation auch des Hodens notwendig wurde, zeigten die mikroskopischen Präparate gut ausgebildete Kommunikationen zwischen dem eingepflanzten Samenstrang und den Samenkanälchen.

Engelmann (Dortmund).

19) **Bogdanik.** Torsion des Samenstranges.

(Przegląd chirurgiczny Bd. V. Hft. 4a.)

Verf. beschreibt einen operierten Fall und zitiert 50 Fälle, welche er in der Literatur vom Jahre 1840 bis 1904 fand. Die Torsion kann den im Hodensack liegenden, als auch den ektopischen Hoden betreffen. Sie betraf in seinem Falle ein neugeborenes Kind und einen Greis von 70 Jahren; am häufigsten kam sie jedoch im Alter von 13—30 Jahren vor (34 Fälle = 68%). Wo die Seite der Torsion angegeben wurde, war sie gleich auf die rechte und linke verteilt, je 23 Fälle; in vier Fällen war der Samenstrang in zwei Teile, das Gefäßbündel und Deferensbündel, geteilt. In einem Falle (Estor) war das Deferensbündel nicht gedreht. Als Gelegenheitsursache ist in vielen Fälle eine starke Körperbewegung oder Erschütterung erwähnt.

Das klinische Bild hat eine große Ähnlichkeit mit Brucheinklemmung, so daß diese Diagnose vor der Operation gestellt wurde; nur viermal wurde die Torsion diagnostiziert und in 10 Fällen vermutet. Nur in 2 Fällen gelang die unblutige Detorsion, in den übrigen Fällen wurde operiert. Die Kastration wurde in 35 Fällen

vorgenommen (70%); in 7 Fällen hat sich nachträglich der gangränöse Hoden ganz oder teilweise abgestoßen, in den übrigen Fällen atrophierte der Hoden bis auf einen Fall, wo aber nachträglich wahrscheinlich auch Atrophie eintrat. Die Erkrankung bildet also eine große Gefahr für den Hoden, die Mortalität aber ist gleiche Null.

Was die Behandlung anbelangt, kann in den ersten Stunden die Taxis versucht werden; in einem späteren Stadium, oder wo die Detorsion nicht gelang, muß operiert werden; dabei soll man trachten, den Hoden zu erhalten; denn selbst ein atrophierter Hoden ist besser als gar keiner, insbesondere wenn der zweite fehlt, wie im Falle des Verf.s. (Selbstbericht.)

20) **A. Bum.** Fractura calcanei.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 31. März 1905.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

Demonstration eines 25 jährigen Pat. mit einer 5 Monate alten Fractura calcanei. Sowohl Art der Entstehung als auch der klinische Befund ließen mit Sicherheit die Diagnose einer Kompressionsfraktur des Calcaneus stellen. Atypisch war eine außerordentlich empfindliche Stelle an der Sohlenmitte des verletzten Fußes, etwa $3^3/_4$ cm vom Hinterrande der Sohle entfernt. Das Röntgenogramm wies hier das Vorhandensein eines länglichen Knochensplitters nach. Im übrigen — und dies rechtfertigt die Mitteilung dieses Falles — negierte der Röntgenologe das Vorhandensein einer Fraktur. In der Literatur sind noch drei ganz analoge Fälle (Ehret, Bähr, Bettmann) mit negativem Röntgenbefunde beschrieben.

Hübener (Dresden).

21) **Stompa.** Un caso di piede valgo da esostosi solitaria dell' astragalo.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 3.)

Bei einem 11 jährigen Mädchen hatte sich seit dem 5. Jahr eine Exostose des Talus ausgebildet, die unter dem inneren Knöchel saß, eine apfelgroße Geschwulst bildete und zu Valgusstellung des Fußes geführt hatte. Sie war höckerig, hatte tiefe Einsenkungen und einen knorpeligen Überzug, ließ sich leicht exstirpieren; ein Gipsverband in starker Varusstellung blieb einige Wochen liegen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

22) **A. Weischer.** Dorsale Luxation im Lisfranc'schen Gelenke.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1905. Nr. 12.)

Die an sich seltene Verletzung ist in diesem Falle dadurch besonders interessant, daß der Angriffspunkt nicht Tarsus und Fußrücken, sondern Metatarsus und Fußsohle waren. Der rechte Fuß eines Arbeiters wurde von der Drahtschlinge eines Drahtzuges gegen eine Eisenplatte gezogen. Trotzdem eine ausgedehnte Weichteilwunde bestand, Ossa cuneiformia und cuboides entfernt werden mußten und die Strecksehnen sich nekrotisch abstießen, blieb der Fuß gehfähig.

Renner (Dresden).

23) **Kirmisson.** Arrêt de développement du membre inférieur droix avec déviation du pied en équin varus chez un enfant de deux ans et demi.

(Revue d'orthpédie 1905. Nr. 2.)

Die morphologischen Eigenheiten erklären sich aus dem Röntgenbilde. Das Schienbein zeigt eine Krümmung mit der Konvexität nach außen, das Wadenbein eine solche nach vorn und innen. Letzteres ist hypertrophisch entwickelt, wie bei Fehlen des Schienbeins; das Wadenbeinköpfchen, nach oben verrückt, bildet einen Vorsprung. Die Verbindung zwischen Schienbein und Wadenbein am Knie ist federnd; am unteren Ende stehen die Knochen so weit auseinander, daß Calcaneus und Talus zwischen ihnen Platz gefunden haben. **Hermann Frank** (Berlin).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 50. **Sonnabend, den 16. Dezember.** **1905.**

Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode nach Billroth II.

Von

Prof. Dr. **Steinthal** in Stuttgart.

Die Mitteilung Brunner's über Nahtinsuffizienz am Duodenumstumpf ist sehr dankenswert und wird hoffentlich zu einer ersprießlichen Diskussion führen. Meine persönlichen Erfahrungen hierüber im Laufe der letzten 6 Jahre sind folgende:

Zahl der nach der II. Billroth'schen Methode operierten Fälle = 11. Davon starben 4, 1 Fall am 4. Tage nach der Operation an Pneumonie, 1 Fall am

3. Tag an Herzinsuffizienz. In letzterem Falle wurde die Bauchwunde nicht völlig geschlossen, sondern auf den Stumpf des Duodenum ein Tampon gelegt, da das Darmende sich nur unvollständig hatte einstülpen lassen. Bei der Autopsie war der Tampon etwas gallig gefärbt, die Naht nicht völlig wasserdicht. Aber keine Reaktion von seiten des Peritoneums. Anders in den beiden folgenden Todesfällen, die etwas ausführlicher erwähnt werden müssen.

1) 53jähriger Mann, Resektion eines kleinapfelgroßen, leicht beweglichen Pyloruskarzinoms, Einstülpungsnaht des Duodenum etwas mühsam, Nahtlinie wird noch mit Netz gedeckt. Völliger Verschluß der Bauchwunde. — Vom 6. Tag ab Entwicklung einer rechtsseitigen Pleuritis mit Exitus am 10. Tage.

Autopsie: In der rechten Pleurahöhle $^3/_4$ Liter trüber, seröser Flüssigkeit; um den Duodenumstumpf eine gut abgesackte eitrige Peritonitis in der Ausdehnung eines Handtellers, beim Druck auf die Plica duodenojejunalis entleert sich aus einer kleinen Öffnung an der oberen Seite des Stumpfes Darminhalt. Pathologisch-anatomische Diagnose: Pleuritis septica, fortgeleitet von zirkumskripter Perforations-peritonitis.

2) 43jährige Frau, Resektion eines kleinapfelgroßen Pylorustumors, wobei das Duodenum ziemlich weit vom Pankreas abgelöst werden muß, Anlegen der Darmquetsche, Schnürverschluß, zweireihige Einstülpungsnaht, Übernähung mit Netz; völliger Verschluß der Bauchwunde.

Verlauf in den ersten 7 Tagen durchaus günstig; am 8. Tage Klagen über Völle im Leib; am 9. Tage Lösung einzelner Nähte, da ein Bauchdeckenabszeß vermutet wird, es entleert sich etwas Eiter aus der Wunde, der am folgenden Tage gallig gefärbt ist, worauf für ca. 14 Tage eine reichliche gallige Sekretion erfolgt. Daneben stärkere Diarrhöen und Anzeichen von erschwerter Darmzirkulation sowie Dämpfung links hinten unten mit Temperatursteigerungen. Ausbildung eines hektischen Fiebers mit Schüttelfrösten. Exitus 4 Monate nach der Operation.

Autopsie: Linke Lunge erheblich geschrumpft, ihre Basis in der ganzen Ausdehnung mit dem Zwerchfelle verwachsen, der ganze linke Unterlappen eitrig infiltriert; rechte Lunge gesund; im Abdomen 2 Liter eitrig-seröse Flüssigkeit; der Dünndarm hat sich von der Magenanastomosenstelle ab bis 60 cm vor dem Coecum in dem Mesenterialschlitz in der von Petersen (Chirurgenkongreß 1900) beschriebenen Weise verfangen; weder am Magen noch am Duodenumstumpf eine Fistel. Pathologisch-anatomische Diagnose: Eitrige Infiltration des linken Unterlappens, subphrenische linksseitige Eiterung, Peritonitis chronica exsudativa, Petersen'sche Wanderung des Dünndarmes, mehrfache Abszesse im linken Leberlappen, mehrfache Karzinomknoten der Leber.

Somit fand sich unter den 4 Todesfällen 3mal eine Undichtigkeit der Duodenumnaht. Der eine Fall, welcher 3 Tage nach der Operation starb, erlag seiner Herzschwäche, er zeigte eine für die Umgebung reaktionslose Insuffizienz; bei dem zweiten der ausführlicher mitgeteilten Todesfälle hat ein ungemein seltenes Ereignis, die abnorme Verlagerung und Einklemmung des Dünndarmes durch Stauung seines Inhaltes zur Sprengung der Duodenumnaht geführt, so daß nur der Fall von dem 53jährigen Pat. als typischer Todesfall der Nahtinsuffizienz des Duodenumstumpfes übrig bleibt. In diesem Falle war nach der Operation die Bauchhöhle völlig geschlossen worden, im Gegensatz zu dem an Herzschwäche Verstorbenen, wo der Tampon nur gallig imbibiert war.

Ohne unglücklichen Ausgang ist Insuffizienz der Naht zweimal beobachtet worden. In dem einen Falle bestand eine für 14 Tage stark sezernierende Fistel, in dem anderen jüngst operierten Falle besteht eine solche seit 8 Tagen, sie ist aber schon in Rückbildung begriffen.

In beiden Fällen ist primär tamponiert worden, die Insuffizienz machte sich nach der 1. Woche geltend; in 2 weiteren Fällen wurde gleichfalls primär tamponiert, ohne daß es zu einer Darmfistel kam. In 3 genesenen Fällen fand eine Tamponade nicht statt. So stehen 5 tamponierte Fälle mit 1 Todesfall, der aber nicht auf Nahtinsuffizienz zurückzuführen ist, gegen 6 nichttamponierte Fälle, von denen 3 geheilt sind, während 1 an Pneumonie, 1 an Nahtsprengung durch Darmeinklemmung, 1 an wahrer Nahtinsuffizienz starb. Von den 5 tamponierten Fällen sind 2 mit, 2 ohne Fistelbildung ausgeheilt.

Ist nun die einfache Versenkung des Duodenumstumpfes in jedem Fall untunlich oder darf man hierbei individualisieren?

Bis jetzt wurde in solchen Fällen, in denen die Neubildung makroskopisch streng am Pylorus Halt machte, in denen das Duodenum nicht weit abgelöst werden mußte und wo sich an seiner Hinterfläche genügend Peritoneum für eine sichere Einstülpungsnaht fand, der Stumpf ruhig versenkt. Wo aber die Abtrennung weit im Duodenum erfolgte, so daß nicht genügend Peritoneum da war, und auch die zum Duodenum ziehenden Gefäße bei der Ablösung mit verletzt wurden, galt es als Regel, den Duodenumstumpf mit darüber genähtem Netz und Gazetampon zu sichern.

Ich halte diese Tamponade für besser als die von Brunner prinzipiell vorgeschlagene extraperitoneale Einnähung des Duodenumstumpfes. Geht doch aus der Mitteilung Brunner's hervor, daß von 10 Fällen nur 1 Fall glatt ausheilte, während die übrigen zum Teil äußerst hartnäckige Fisteln zeigten. Durch die Einnähung wird der Stumpf gezerrt, in seiner Ernährung bedroht und neigt dadurch leichter zur Fistelbildung; bei der Tamponade bleibt der Stumpf in seiner natürlichen Lage und kann eine auftretende Fistel, da ein langer Wundkanal da ist, sich leichter schließen.

---

1) **Macrae.** The diagnosis of peritonitis in enteric fever.
(Glasgow med. journ. 1905. October. p. 257.)

2) **Dalziel.** The surgical aspects of enteric fever.
(Ibid. p. 262.)

Lokalisierte Peritonitis ist bei Typhus sehr selten; M. beobachtete bei 42 Laparotomien, die er wegen typhöser Perforationsperitonitis ausführte, nur zweimal eine Verwachsung des Netzes über der Perforationsstelle und nur einmal einen Abschluß der Bauchhöhle gegenüber dem perforierten Darmteil durch Verwachsungen.

Die Fälle von allgemeiner Peritonitis sind am häufigsten durch Durchbruch einer ulzerierten Peyer'schen Plaque und Austritt des Darminhaltes in die freie Bauchhöhle hervorgerufen (34 von den 42 Beobachtungen M.'s). In sechs Fällen war eine Perforationsstelle nicht vorhanden; hier kann es sich also nur um eine Durchwanderung der Bakterien und Toxine durch den Grund eines Geschwüres oder um Infektion der Bauchhöhle auf dem Blutwege gehandelt haben.

Einmal war die Peritonitis durch Platzen eines Gekrösdrüsenabszesses entstanden. Sehr vereinzelt kommen auch Fälle von Ruptur eines Milzabszesses oder eines Gallenblasenempyems bei Typhus vor, M. hat derartiges selbst nicht beobachtet.

Die Symptome bei der Perforation sind die gleichen, wie sie auch bei Perforationen aus anderen Ursachen beobachtet werden, plötzlicher heftiger Schmerz, Erbrechen, Temperaturabfall, Facies Hypocratica, Ansteigen der Pulszahl; den größten Wert mißt M. der Bauchdeckenkontraktur bei, die fast niemals zu fehlen scheint. Wo es zum Verschwinden der Leberdämpfung kommt, ist auch das Symptom von Wert, ebenso der perkutorische Befund von freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Leider gibt M. nicht Bericht über seine Operationsresultate.

D. spricht über die Prognose der chirurgischen Therapie bei diesen Fällen. Er findet, daß man kaum mehr als auf 20 bis 25 % Erfolg wird rechnen können; einzelne Beobachter geben allerdings auch 40 % für ihre Statistik an. Abgesehen von dem Zeitpunkte der Operation ist auch der bakteriologische Befund von Wert: Streptokokken lassen die Prognose ungünstig, Colibazillen günstig erscheinen, Staphylokokken halten die Mitte.

Die Statistik der Hospitäler in Glasgow ergibt etwa 15 % Heilung (Ergänzung von Macrae's Ausführungen. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

3) **J. Malcolm.** On spontaneous gangrenous formations in the vermiform appendix, with two cases.

(Brit. med. journ. 1905. September 30.)

Unter Anführung zweier Krankengeschichten lenkt M. die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von scharf umschriebenen Nekrosen in der Wurmfortsatzwand, die klinisch anscheinend sehr schnell entstehen, ohne Fieber, ohne Pulserhöhung, und die seines Erachtens nicht auf Entzündung beruhen, sondern auf ungenügender Blutversorgung. Die mögliche Ursache letzterer läßt Verf. unerörtert. In den beiden geschilderten Fällen gelang es ihm, den durch die Abstoßung der nekrotisierten Stellen drohenden Durchbruch durch rechtzeitige Operation zu verhüten. Dagegen nimmt er für eine gewisse, beschränkte Anzahl von sehr überraschenden und frühzeitigen Perforationen des Wurmfortsatzes, denen nur ganz geringe klinische Erscheinungen vorausgegangen sind, solche spontan, d. h. nicht auf entzündlicher Grundlage entstandener Wandnekrosen als Ursache in Anspruch.

Weber (Dresden).

---

4) **Klemm.** Zur Frage der Frühoperation der Appendicitis.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 5.)

Strikte Indikationen zum Operieren oder Nichtoperieren bei der akuten Appendicitis würden sich nur aufstellen lassen, wenn die klinischen Symptome uns erlaubten, einen sicheren Schluß auf die je-

weiligen pathologisch-anatomischen Veränderungen des Wurmfortsatzes zu tun. Das ist aber durchaus nicht der Fall, wie K. an einer Reihe mitgeteilter, eigener Beobachtungen zeigt. Deshalb ist K. ein ausgesprochener Anhänger der Frühoperation. **Haeckel** (Stettin).

---

5) **Webster.** Appendicitis and pregnancy.

(Surgery, gynecol. and obstetr. etc. Chicago. Vol. I. 1905.)

In sehr klarer Weise betont Verf., daß man, wenn immer man Blinddarmentzündung und Schwangerschaft kombiniert findet, möglichst in den ersten Monaten der Schwangerschaft die Appendektomie machen solle. Wenn irgendmöglich ist Drainage zu vermeiden, da die Verwachsungen usw. später die Ausdehnung des wachsenden Uterus stark hindern können.

Bei der Möglichkeit, fälschlich eine Extra-uterin-Gravidität anzunehmen, betont Verf., daß letztere fast immer mit Blutverlust, aber ohne Fieber einhergeht, während die akute Perityphlitis fast immer Fieber, Schmerzen in der rechten Seite und Erbrechen erzeugt. Verf. verlangt, daß den Frauen, die eine oder mehrere Perityphlitisanfälle überstanden haben, auf jeden Fall bei ihrer Verheiratung die Appendektomie anzuraten ist. — Die Gefahr der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft durch Appendektomie ist um so größer, je weiter vorgeschritten die Schwangerschaft ist. **Heile** (Wiesbaden).

---

6) **C. W. Barret.** The appendix and its relation to pelvic disease.

(Amer. journ. of surgery 1905. September.)

Von 659 Todesfällen an Appendicitis in $2^1/_2$ Jahren waren 282 Frauen = 42,79%, unter 68950 Todesfällen im allgemeinen 43,54% Frauen. Trotzdem glaubt B., daß die Frauen nicht seltener wie die Männer an Appendicitis erkranken, daß vielmehr öfter die Verwechslung mit Tubo-Ovarialerkrankungen usw. unterläuft. Hierfür gibt er einige Beispiele. Differentialdiagnostisch kommt in Betracht bei

Appendicitis.	Salpingitis.
Keine Infektion.	Infektion in der Anamnese.
Anfall oft nach Diätfehlern (möglicherweise während der Menstruation).	Anfall zur Zeit der Menstruation, nach Abort, Geburt usw. (möglich zu jeder Zeit).
Größere Neigung zu Nausea und Erbrechen.	Geringere Neigung hierzu.
Größte Empfindlichkeit an MacBurney's Punkt.	Größte Empfindlichkeit bei bimanueller Palpation.
Diffuse Empfindlichkeit über dem Bauch; öfter verschwindend oberhalb des McBurney'schen Punktes.	Diffuse Empfindlichkeit nicht bei Druck oberhalb McBurney's Punkt.
Rigidität des rechten Musc. rectus.	Rigidität des Scheidengewölbes.

Als Schlußsätze betont B., daß Appendicitis die Entwicklung von Salpingitis, daß aber auch letztere und andere Beckenerkrankungen die Entwicklung von Appendicitis begünstigt, daß Menstruation beiden Vorschub leistet, daß die Diagnose der Appendicitis beim Weibe größeren Hindernissen begegnet, als beim Manne, daß sie daher bei ersterer öfter übersehen wird. Er ermahnt die Gynäkologen, bei ihren Operationen auf den Wurmfortsatz zu achten und das event. kranke Organ zu entfernen, wendet sich aber energisch gegen diejenigen, die auch das gesunde Organ exstirpieren wollen.

Goebel (Breslau).

---

7) **Loevinsohn.** Darmverschluß und Darmverengerung infolge von Perityphlitis.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 5.)

Im Anschluß an sechs auf der Mikulicz'schen Klinik beobachtete Fälle gibt L. eine zusammenfassende Darstellung dieser wichtigen Komplikation der Appendicitis, die, wie die Berücksichtigung der Literatur zeigt, bisher noch nicht die ihr zukommende Beachtung gefunden hat.

L. bildet zwei Gruppen: Okklusionen im Anfall und solche im Intervall. Während letztere bedingt sind durch rein mechanische Momente: Adhäsionen, Strangbildungen, Knickungen, Verbackung der Därme untereinander, spielt bei den Okklusionen im Anfall die lokale Darmlähmung eine wichtige, in vielen Fällen die Hauptrolle. Ähnlich wie bei allgemeiner Peritonitis eine allgemeine Darmlähmung außerordentlich häufig vorkommt, kann auch bei der lokolen Peritonitis, die eine Appendicitis hier darstellt, die dem lokalen Herde zunächst liegende Darmpartie lokal gelähmt sein. Man findet zwar auch hier meist lockere Verklebungen; diese genügen aber nicht, wie man sich bei der Operation überzeugen kann, zur Erklärung der gestörten Darmpassage. Es handelt sich um eine Kombination von dynamischen mit mechanischen Störungen; der Anteil beider Komponenten läßt sich nicht immer mit voller Klarheit bestimmen, aber oft ist die lokale Darmlähmung die Hauptsache.

Im klinischen Verlaufe haben die Okklusionen durch Appendicitis nichts Charakteristisches voraus vor einem Ileus aus anderer Ursache. Bei den Okklusionen im akuten Anfalle dagegen ist das Bild durch die Komplikation mit akuter lokaler Peritonitis viel farbenreicher und oft schwerer zu deuten.

Für die Therapie der Okklusionen im Anfalle wird am meisten empfohlen die Laparotomie und Lösung der Verklebungen; man macht dazu am besten nicht den Schnitt in der Medianlinie, sondern einen Schnitt medial und parallel dem meist schon früher der Appendicitis wegen gelegten. Die von Broca empfohlene Anlegung einer Kotfistel an einem geblähten Darmstück in der Tiefe der primären, der Appendicitis wegen gesetzten Wunde, hat große Vorteile. Kann man die Verklebungen nicht lösen, so kommt Enteroanastomose in Betracht

oder, besonders bei lokaler Darmlähmung, Enterostomie oberhalb der gelähmten Schlinge.

Zum Schluß folgen sechs Operationsgeschichten. Drei dieser Fälle wurden im Anfall operiert; bei einem wurde die Enteroanastomose gemacht, mit Erfolg, bei den beiden anderen eine Kotfistel angelegt; einer davon starb. Bei den drei weiteren Fällen handelte es sich um Passagestörungen im Intervall; zwei von ihnen wurden geheilt durch Lösung der Adhäsionen; der dritte endete tödlich; der durch den Wurmfortsatz strangulierte Darm war gangränös und mußte reseziert werden.

Haeckel (Stettin).

---

8) **Nicoll.** Case operated on for radical cure of inguinal hernia.

(Glasgow med. journ. 1905. October. p. 241.)

Empfehlung eines Operationsverfahrens, das Verf. 1902 für die Behandlung von Schenkelbrüchen angegeben und das sich ihm neuerdings auch für die Radikaloperation komplizierter Leistenbrüche bewährt hat, wo große Bruchpforte, schlaffe atrophische Bauchdecken, schlecht ausgebildetes Leistenband oder Korpulenz den Erfolg in Frage stellen.

Die wesentlichen Punkte des Verfahrens sind: 1) Befestigung des nicht abgetragenen Bruchsackes nach Art eines Polsters auf der inneren Öffnung des Leistenkanals; 2) Durchbohrung des Ramus horizontalis ossis pubis an zwei Stellen und Vernähung des inneren Bruchpfeilers mit dem horizontalen Schambeinast unter starkem Abziehen des Leistenbandes nach unten; 3) Herüberziehen des vorher nach unten gezogenen Leistenbandes nach oben zur völligen Überdeckung der Naht sub 2 und Annähen des Leistenbandes an die den inneren Bruchpfeiler bedeckende Fascie.

W. v. Brunn (Rostock).

---

9) **Nicoll.** Specimens from a series of cases of hernia of the ovary in young children.

(Glasgow med. journ. 1905. October. p. 268.)

N. hat in den letzten 3 Jahren 25, im Jahre 1904 allein 11 Fälle von Ovarialhernie bei Kindern in Behandlung bekommen. Seine Erfahrungen faßt er in folgenden Sätzen zusammen:

1) Leistenbrüche sind bei weiblichen Kindern häufig unter einem Jahr, selten in späteren Jahren.

2) Derartige Brüche enthalten fast immer einen Eierstock im ersten Lebensjahre, in späteren Jahren fast stets nur Darm, was übrigens auch schon im 1. Jahre der Fall war.

3) Bei Kindern im 1. Lebensjahre tritt der Bruch in den Canalis Nuckii ein; der Bruchinhalt ist meist Eierstock, regelmäßig zugleich mit Tube, in weniger als 20% der Fälle Darm und Netz.

4) Ovarialbrüche sind bei sonst normalen Kindern nur äußerst selten doppelseitig; Verf. sah nur einen Fall.

5) Hydrokele des Canalis Nuckii ist bei Kindern selten (vier Fälle).

6) Bei angeborenem Eierstocksbruch ist das Lig. rotundum kurz und dick wie ein Gubernaculum testis und setzt sich an der Hinterwand des Canalis Nuckii an.

7) Ein Mesovarium besteht oft und verbindet den Eierstock mit der hinteren Fläche des Canalis Nuckii.

8) Es erscheint nicht selten am Ende des 1. Lebensjahres eine Naturheilung des Ovarialbruches einzutreten, doch kommt es dann bisweilen an dieser Stelle zu einem Darmbruch.

Einklemmung des Eierstocks bedingt die Entfernung, ebenso cystische Entartung; sonst wird er reponiert. Man operiere möglichst alle Fälle zur Vermeidung von Komplikationen. Alle 20 operierten Fälle des Verf.s genasen. Die Hälfte war ambulant orperiert worden.

W. v. Brunn (Rostock).

---

10) **L. Baldassari** und **R. Finotti** (Ferrara). Riparazione delle perdite di sostanza delle pareti gastriche ed intestinali con lembi siero-muscolari.

(Ciinica chirurgica Bd. XI. Nr. 3.)

Baldassari und Finnotti haben im Verlauf ihrer systematischen Versuche über die Transplantation seröser Häute, speziell des Bauchfelles, den Ersatz von Substanzverlusten im Magen und Darm studiert. Ausschnitte oder Zerstörungen mit dem Thermokauter im Ausmaß von 2 : 3 cm wurden an Hunden angelegt, teils parallel der Längsachse, teils quer auf diese, und nur das Mesenterium und seine Anheftung unversehrt gelassen. Diese Defekte wurden mit sero-muskulösen Lappen aus dem parietalen Bauchfellgebiete gedeckt, die Peritonealwunde daselbst genäht und der Bauch geschlossen. Alle Tiere überlebten den Eingriff, keins wies peritoneale Erscheinungen auf. Bei einigen fanden sich (sie wurden zu verschiedenen Zeiten (bis zu 3 Monaten, getötet) Verwachsungen in der Umgebung und auf der Oberfläche der Lappen. Diese selbst waren schon nach wenigen Tagen fest auf der Unterlage aufgewachsen, verdickt, erhaben über das übrige normale Bauchfell. Die Intestinalwand war verdickt, widerstandsfähig, ohne Einschnürungen und Verengerungen. Die Schleimhaut erschien normal, nach 5—6 Tagen schon war nur mehr eine kleine Delle an Stelle des Substanzverlustes. Mikroskopisch konnte nachgewiesen werden, daß die Muskelschicht der Lappen, welche in den ersten Tagen frei in die Lichtung des Darmrohres hineinragte und mit dem Darminhalt in Berührung kam, von jungen Bindegewebselementen durchsetzt ward, so daß in späteren Stadien keine Spur von diesen Schichten übrig blieb und sie ganz durch mächtige neugebildete Bindegewebs- und Narbenschichten ersetzt wurden. — Diese glänzenden Erfolge forderten zu weiteren Versuchen über den Vorgang bei der Heilung auf. Verff. nahmen Rinderarterien und -Peritoneallappen, selbst impermeable, sicher sterilisierte Stoffe. Auch diese Deckungen wurden

anstandslos vertragen; doch lieferten sie sehr intensive und ausgedehnte Verwachsungen.

J. Sternberg (Wien).

11) **P. Henriksen.** Die chirurgische Behandlung von Ulcus ventriculi.

(Norsk Mag. for Laegevid. Jahrg. 66. p. 290.)

Die Arbeit, als Habilitationsvorlesung geschrieben, ist ein Übersichtsartikel, der sich nicht zum Referat eignet.

Hansson (Cimbrishamn).

12) **H. Lilienthal** (New York). Remarks on the surgery of the stomach.

(Amer. journ. of surgery 1905. September.)

Eine gedrängte Übersicht über einige Punkte der Magenchirurgie. Bei der Frage der Malignität hält L. mindestens sechsmalige Untersuchung nach Probefrühstück usw. für nötig. Bei der Vorbereitung zur Operation empfiehlt er Reinigung der Zähne mit alkalischem Dentrifice (Natr. bicarbon. z. B.) und Zufuhr nur steriler Nahrung. Zur Probelaparotomie macht er zuerst einen kleinen Schnitt durch den Rectus, der eben zwei Finger zur Exploration einläßt und zieht event. zwei Schnitte an beiden Seiten einem großen vor.

In bezug auf die Madelung'schen Mitteilungen auf dem Chirurgenkongreß 1905 ist interessant, daß L. bei Kachektischen mehrmals eine spontane Wiederöffnung medianer Wunden mit Eingeweidevorfall selbst 10 Tage nach der Operation gesehen hat, sowohl nach Seiden- als Chromcatgut- oder Silkwormnaht. Auch von anderen Operateuren in Neuyork sind ihm derartige Fälle mitgeteilt. (Ref. beobachtete auf der Schede'schen Abteilung in Eppendorf ein Wiederaufplatzen der anscheinend primär geheilten Bauchwunde nach Probelaparotomie wegen Karzinom, nachdem am 11. Tage nach der Operation die die ganze Bauchwand durchsetzenden, entspannenden Silberdrähte entfernt waren.)

Goebel (Breslau).

13) **Heile.** Experimentelle Beobachtungen über die Resorption im Dünn- und Dickdarme.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 4.)

Wenn wir auch das Resorptionsvermögen des Darmes im ganzen gut kennen, so fehlt doch noch ein sicheres Wissen darüber, welcher Anteil dem Dünn- und welcher dem Dickdarme dabei zukommt. Um diesen Punkt genauer festzustellen, legte H. Hündinnen eine Fistel am untersten Teile des Ileum an zum Studium der Dünndarmresorption; die Beobachtungen am Dickdarme wurden angestellt an Hündinnen und Menschen mit ausgeschaltetem Dickdarme.

Es ergab sich, daß der Dünndarm das eingeführte Eiweiß ebenso wie Rohr- und Traubenzucker so gut wie vollständig resorbiert, wenn die Mengen der Nahrungsstoffe dem Nahrungsbedürfnis des Körpers

entsprechen. Der Dickdarm vermag unverändertes Eiweiß nicht zu resorbieren; deshalb sind Eiweißklistiere in dieser Form wertlos. Wasser, Rohr- und Traubenzucker werden sehr viel weniger resorbiert als im Dünndarme. Der Dickdarm resorbiert das Alkali, welches in ihn mit dem Dünndarmkote gelangt; beim Anus praeternaturalis, Darmausschaltungen usw. können durch Alkaliverlust schwere Stoffwechselstörungen eintreten; man muß also daran denken, in derartigen Fällen künstlich Alkali zuzuführen. **Haeckel** (Stettin).

---

14) **A. H. Gould.** Technic of gastro-intestinal operations. Four papers.

(For the division of surgery of Harvard university; from the surgical laboratory of the Harvard school Boston.)

First paper: An improved method of end to lateral intestinal anastomosis. A new mattress stitch. 2 S., 1 Taf.

Die alte Methode der rechtwinkligen Vereinigung des Dünndarmes mit dem Dickdarm nach Resektionen ist deshalb fehlerhaft, weil sich an der Vereinigungsstelle leicht Strikturen entwickeln. Spitzwinklige Vereinigung vermindert die Gefahr der Strikturbildung. Demzufolge wird der einzupflanzende Darm längs seinem freien Rande $1^1/_2$ Zoll gespalten, die spitzen Ecken an der Schnittstelle umschnitten; der Dickdarm wird an den für die Vereinigung gewählten Stelle 2 Zoll geöffnet, das distale Ende des Schnittes durch Matratzennaht mit dem Mesenterialrande des Dünndarmes verbunden und die beiden klaffenden etwa kongruenten Darmlichtungen werden durch Matratzennaht vereinigt.

Second paper: Improved technic for Finney's gastroduodenostomy. 3 S. und 3 Taf.

Die Finney'sche Operation dient zur Entfernung gutartiger Wucherungen am Pylorus. Die Abweichungen der neuen Methode beruhen

1) in der Anlegung der Klemmen,
2) in der Öffnung von Magen und Zwölffingerdarm,
3) in der Weglassung der Situationsnähte.

Zuerst stumpfe Trennung des Duodenums von der hinteren Bauchwand, bis es an die große Kurvatur des Magens gebracht werden kann. Aufhebung einer Falte an der vorderen Magenwand parallel zur großen Kurvatur. Vorschiebung einer Klemme von der Inzision aus bis zum Pylorus. Anlegung einer Klemme am Duodenum; sie hebt eine Falte auf und trifft die Magenklemme spitzwinklig. Die beiden inneren Branchen der Klemme berühren sich. Öffnung beider Falten, der Duodenalfalte bis zum Pyloruswinkel, der Magenfalte bis zur Schleimhauttiefe; Resektion der Schleimhaut, Vernähung der gebildeten Zungenränder durch fortlaufende Naht. Schließung der Anastomosenöffnung durch Seromuskularnaht.

Third paper: Improved technic for end to end intestinal anastomosis. 5 S. und 5 Taf.

Verf. beleuchtet die Schattenseiten des Murphyknopfes und empfiehlt folgende Methode: Zurückstreifen des Darminhaltes mit den Fingern, Anlegung von Darmklemmen beiderseits. Der Assistent hält das zu resezierende Darmstück, der Operateur schneidet Darm und Mesenterium durch. Vereinigung der Gekrösränder durch Matratzennaht, Vernähung der Darmlichtungen durch fortlaufende Naht.

Fourth paper: A new method of performing gastro-enterostomy. 7 S. und 6 Taf.

Eine senkrecht zur großen Kurvatur des Magens angelegte Klemme hebt eine $3^{1}/_{2}$ Zoll lange Falte auf. Dieselbe wird inzidiert, die Schleimhaut reseziert. Durch Auseinanderziehen der Wundränder erhält man nun eine parallel zur großen Kurvatur verlaufende Inzisionsöffnung. Die Klemme wird in der neuen Richtung wieder angelegt. Am Jejunum wird nun mittels einer Klemme eine in der Längsachse des Darmes verlaufende Falte aufgehoben, diese inzidiert, die Schleimhaut reseziert. Die beiden inneren Ränder der Magen- und Jejunumfalte werden von der Mitte der Inzision aus vernäht, die beiden äußeren Ränder durch Seromuskularnaht zur Vereinigung gebracht.

Grünberg (Leipzig).

---

15) **W. B. Cannon** and **J. B. Blake** (Boston). Gastroenterostomy and pyloroplasty, an experimental study by means of the Röntgen rays.

(Division of surgery of the med. school of Harvard university. Boston. 25 S. und 3 Tafeln.)

Verff. bedienten sich als Versuchstiere weiblicher Katzen. Bei möglichst entleertem Darm (vollkommen leer war er nie) wurde Gastroenterostomie gemacht. Um den Gang der Nahrung beobachten zu können, wurde diese, bestehend aus Stärkelösung und Salm mit Bismuthum subnitricum gemischt und die Tiere dann in gewissen Zeitintervallen mit Röntgenstrahlen untersucht.

Ausgehend von der Physiologie des Magens sowie von der Tatsache, daß am Schluß der Verdauung der Pylorus am tiefsten steht, bauen Verff. ihre weiteren Schlüsse auf. Wenn durch Gastroenterostomie Magen und Darm vereinigt werden, stellt diese Vereinigungsstelle den tiefsten Punkt dar und bleibt es, wenn der Magen atonisch und dilatiert ist. Bei nicht vorhandener Dilatation kontrahiert sich der Magen, und der Pylorus rückt am tiefsten. Aus diesem Grunde sollte die Stelle der Anastomose möglichst nahe am Pylorus gewählt werden. Bezüglich der Frage des Ganges des Mageninhaltes nach Gastroenterostomie kommen Verff., in Übereinstimmung mit der von Moritz und v. Pfungen betonten Tatsache, daß der Druck im Magen am Pylorus am größten sei, nach eigenen Beobachtungen zu der Anschauung, daß trotz künstlicher Hindernisse am Pylorus der

Mageninhalt durch diesen hindurchgetrieben wird, die Anastomosenöffnung also mehr oder weniger zwecklos ist.

Der bekannte Circulus vitiosus trat bei Katzen nach Gastroenterostomie besonders ein, wenn der Magen sehr gespannt und ausgedehnt war. Einen wesentlichen Nachteil der Gastroenterostomie erblicken Verff. darin, daß der Nahrung, die nach der Operation durch die Anastomosenöffnung geht, Gallen- wie Pankreassaft entzogen wird, der Mageninhalt also nicht neutralisiert in das Jejunum übertritt und dort oft Geschwüre verursacht.

Im Gegensatze zur Gastroenterostomie hat die Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz oder nach Finney den ebengenannten Nachteil nicht und verdient daher im allgemeinen den Vorzug.

Grünberg (Leipzig).

Kleinere Mitteilungen.

16) 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran.

Sektion für Chirurgie.

(Fortsetzung.)

Freiherr v. Eiselsberg (Wien). Beitrag zur Kasuistik der Schädelknochentumoren.

v. E. berichtet über drei seltene Fälle von Schädelknochentumoren, welche er im Laufe der letzten Jahre in seiner Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte.

Im ersten Falle handelt es sich um eine 35jährige Frau, welche seit mehr als 8 Jahren an einem Osteom des Stirnbeines litt, das im Laufe der letzten Jahre schneller gewachsen war und zu epileptischen Erscheinungen geführt hatte. In der Stirngegend befand sich ein harter, eigroßer Tumor. Die Röntgenuntersuchung ergab, daß derselbe weit in die vordere Schädelgrube hineinreichte. Die Exstirpation des Tumors war wegen einer odontomartigen Festigkeit desselben sehr erschwert. Erst nach beträchtlicher Mühe gelang es, ihn in toto auszuhebeln. Dabei konnte leider nicht verhindert werden, daß die Siebbeinplatte mit entfernt wurde. Das war wohl auch die Ursache, daß im Laufe der ersten drei, der Operation folgenden Wochen die Pat. reichlich Liquor cerebrospinalis durch die Nase entleerte. In einem zweiten Akte wurde der große, nach der Operation zurückgebliebene Schädeldefekt durch eine Zelluloidplatte nach Alex. Fränkel gedeckt. Die Einheilung erfolgte reaktionslos. — Gelegentlich eines Diätfehlers und einer Verkühlung acquirierte Pat. 6 Wochen nach dieser zweiten Operation einen Schnupfen, der bei Mangel des Siebbeines sich sofort bis an die Schädelbasis erstreckte und zu einer Meningitis führte, welcher Pat. bald erlag.

Im zweiten Falle handelt es sich um eine ausgedehnte Hypertrophie des Schädels, die zur Bildung eines sogenannten Turmschädels geführt hatte. Die Hypertrophie hatte anscheinend von Jugend auf bestanden und war durch ein im 12. Jahre erfolgtes Trauma wesentlich vergrößert worden. Das raschere Wachstum und eine Protusio bulbi brachte die 22jährige Pat. ins Spital.

Obwohl die radioskopische Untersuchung entsprechend der Schädelbasis und der Orbita eine besondere Verdickung nachwies, wurde zunächst der Tumor der Konvexität operativ angegangen in der Absicht, die Stauungspapille zu bessern, und auch aus kosmetischen Gründen. Das Ziel wurde auch teilweise in drei Sitzungen erreicht; erst in einer vierten wurde durch temporäre Aufklappung der Orbita der in derselben sitzende Tumor entfernt, der innig um den Nervus opticus gelagert war. Das Auge wurde geschont. Merkwürdigerweise erwies sich dieser im Orbitaltrichter gelegene Tumor als maligner Natur. Ein halbes Jahr nach dieser Operation war die Pat. vollkommen wohl.

Im dritten Falle handelt es sich um einen 28jährigen Mann, der in seinem 12. Lebensjahre einen Schlag mit dem Stocke in die linke Schläfenseite erhielt und später wiederholt diese Schläfenseite verletzte. Zwei Jahre hierauf begann das linke Auge vorzutreten und die Schläfengegend anzuschwellen. Im Jahre 1898 wurde an der Augenklinik eine Probeinzision gemacht, welche ergab, daß ein ausgedehnter Tumor, der aus Knochenzacken und Bläschen bestand, weit in das Innere des Schädels hineinragte. Pat. konnte sich nicht sofort zu einem radikalen Eingriff entschließen, sondern ließ sich erst 6 Jahre später in die chirurgische Klinik aufnehmen, nachdem inzwischen der Tumor immer größer geworden war und das Auge seine Sehkraft fast vollständig verloren hatte. Die linke Schläfenjochbeingegend und die Stirngegend erwiesen sich von einem knochenharten Tumor eingenommen, der das Auge nach außen und vorwärts verdrängt hatte. Bei der Operation kam man nach Bloßlegung der grobhöckerigen Oberfläche des Tumors in sein Inneres, das sich als eine mannsfaustgroße Höhle, die mit seröser Flüssigkeit gefüllt war, erwies. Zwischen trabekelartigen, nach dem Lumen zu vorspringenden Wülsten und Leisten fanden sich rötliche Geschwulstmassen. Die Innenfläche der Knochenhöhle wurde mit dem scharfen Löffel exakt gereinigt, und nach vorsichtiger Wegnahme eines Teiles der lateralen Orbitalwand wurde der Rest eingeknickt, so daß der Exophthalmus völlig verschwand. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Spindelzellensarkom. Das Wohlbefinden konnte noch $^1/_4$ Jahr nach der Operation konstatiert werden. (Selbstbericht.)

Schloffer (Innsbruck). Zur Frage der Operationen an der Hypophyse.

S. hat, veranlaßt durch zwei klinisch beobachtete Fälle von Hypophysistumoren, die den Gedanken an eine Operation sehr nahegelegt hatten, die einzelnen Fragen näher studiert, die für die Indikationsstellung und Operation bei solchen Fällen in Betracht kommen. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1) Mit Rücksicht darauf, daß Tierversuche, welche die behauptete Entbehrlichkeit der Hypophyse beweisen würden, noch nicht in genügender Zahl vorliegen, ist auch beim Menschen die Totalexstirpation der Hypophyse nicht anzuraten. Hingegen kann vielleicht bei bestimmten Fällen von Hypophysistumoren mit Akromegalie eine partielle Exstirpation des (hypertrophischen?) drüsigen Vorderlappens in Frage kommen.

2) Zur Freilegung der Hypophyse empfiehlt sich zunächst der Weg von vorn nach temporärer Aufklappung der Nase samt der Vorderwand der Stirnhöhle. Noch breiterer Zugang kann durch temporäre Resektion eines oder beider Oberkiefer, sowie durch Entfernung der medialen Wand einer Orbita mit Verdrängung ihres Inhaltes nach außen gewonnen werden. Bei völliger und dauernder Erblindung eines Auges würde durch die Ausräumung der betreffenden Orbita die Zugänglichkeit sich besonders günstig gestalten und Nebenverletzung wohl vermieden werden können. Zur Erleichterung der Operation soll auch die mittels des Röntgenbildes mögliche, genaue Feststellung der Distanz zwischen vorderer Stirnhöhlenwand und vorderer Wand der (oft erweiterten) Sella turcica dienen.

3) Die seit langem bekannte, bei Fällen von Akromegalie mit Hypophysentumoren nicht seltene und durch das Röntgenbild nachweisbare Erweiterung der Sella turcica nach unten begünstigt das operative Eingreifen.

4) Wie schwer eines der vorwiegendsten Bedenken gegen Hypophysenoperationen — die Gefahr einer postoperativen Meningitis — ins Gewicht fällt, würden erst praktische Erfahrungen entscheiden können.

(Demonstration von Leichenschädeln, an denen verschiedene Methoden zur Freilegung der Hypophyse ausgeführt worden waren, und von Skizzen, welche die Erweiterung der Sella turcica in Fällen von Hypophysistumoren nach einzelnen Präparaten aus dem Prager und Wiener pathologisch-anatomischen Institut illustrieren.) (Selbstbericht.)

E. Ranzi. Über einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von v. Mikulicz'scher Krankheit.

R. berichtet über einen Fall, der in der v. Eiselsberg'schen Klinik beobachtet wurde: Eine 57jährige Frau bemerkte seit $2^1/_2$ Jahren das Auftreten von

zwei symmetrischen Tumoren in der Gegend der beiden Parotiden. Die anderen Mundspeicheldrüsen und Tränendrüsen, sowie lymphatischer Apparat nicht affiziert. Blutbefund normal.

Die Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung einer Probeexzision bestätigt. Die Tumoren gingen auf Röntgenbestrahlung in kurzer Zeit vollkommen zurück. (Selbstbericht.)

Diskussion: Hofmeister (Stuttgart) beobachtete eine symmetrische Schwellung beider Parotiden und Submaxillardrüsen. Tränendrüsen waren frei. Milz- und Blutbefund normal. Die Exstirpation ergab subfasciale Lipome, z. T. den Drüsen aufliegend, z. T. zwischen die Läppchen eindringend.

Kroiss (Innsbruck). Zur Pathologie der Speicheldrüsen.

Die Beobachtung und Untersuchung von sechs Fällen chronischer Submaxillardrüsenentzündung an der Innsbrucker chirurgischen Klinik hat die jüngst von Dal Fabbro ausgesprochene Anschauung bestätigt, daß die Speichelsteinbildung ihre Ursache immer in der Entzündung der Speicheldrüsen hat.

Daher sind Fälle von Speichelsteinen genau so zu behandeln wie die übrigen Fälle chronischer Speicheldrüsenentzündung. Speziell bei Speichelsteinen im Ductus und im Inneren der Submaxillardrüse wird demnach häufiger wie bisher die Exstirpation dieser Drüse indiziert sein.

Schnitte durch ein an der gleichen Klinik durch Operation gewonnenes Ranulapräparat zeigten an einer Stelle deutlich den Übergang vom Gangepithel der Sublingualdrüse in die epitheloide Innenschicht der Ranulawand. Damit erhält die v. Hippel'sche Theorie von der Entstehung der Ranula aus der Sublingualdrüse eine sichere Stütze.

In demselben Präparat war ferner der Ductus submaxillaris zur Bildung der Ranulawand mit herangezogen, woraus die Möglichkeit der Ranulabildung aus diesem Gange, die in letzter Zeit geleugnet wird, zur Evidenz hervorgeht.

Auf Grund dieser Befunde hat man bei der Operation einer Ranula, die wie bisher auf die Exstirpation des Ranulabalges mitsamt der anliegenden Sublingualis ausgeht, eine in der angeführten Weise mit der Ranula zusammenhängende Submaxillardrüse mitzunehmen, da erst die mikroskopische Untersuchung entscheiden kann, ob die Ranula von der sublingualen oder von der submaxillaren Speicheldrüse ihren Ausgang genommen hat. (Selbstbericht.)

Diskussion: v. Eiselsberg (Wien) schließt sich der Aufforderung Kroiss' an, in den Fällen von langdauernder Eiterung aus dem Ductus Whartonianus die Drüse zu exstirpieren.

Hertle (Graz) bemerkt, daß in einzelnen Fällen auch aus den kleineren Drüsengruppen (in den Lippen und der Wange) Retentionscysten entstehen können. In einem Falle war die taubeneigroße Cyste in der Narbe einer Lippenplastik entstanden. In der Cystenwand fand sich Labialdrüsensubstanz. Den direkten Übergang eines Ausführungsganges in die Cystenwand konnte H. nicht nachweisen. Da die größeren Ausführungsgänge fehlten, spricht der Befund nach H. für die Hippel'sche Anschauung.

Freiherr v. Eiselsberg (Wien). Über schiefen Biß infolge von Arthritis des Unterkieferköpfchens.

v. E. berichtet über nachfolgende zwei Fälle: Im ersten Falle handelt es sich um einen 42jährigen, im zweiten um einen 21jährigen Mann. Beide boten dasselbe Krankheitsbild dar: Bei vollkommen freier Bewegung des Unterkiefers wich derselbe, sobald die Zahnreihen geschlossen wurden, nach einer Seite ab wie bei einer einseitigen Luxation. In dem Unterkieferköpfchen der anderen Seite war beidemal eine deutliche Verdickung nachweisbar. Fin sicheres ätiologisches Moment konnte in keinem Falle nachgewiesen werden. In beiden Fällen wünschten die Pat. dringend einen operativen Eingriff, der in der Resektion des Köpfchens bestand. Dasselbe erwies sich jedesmal verändert, verdickt und war mit einer Reihe von Auflagerungen versehen. Somit zeigten sich alle Erscheinungen einer chronischen Arthritis. Durch die Operation waren jedesmal sofort normale Verhältnisse hergestellt. — Von In-

teresse ist es, daß in dem einen Falle ein Molarzahn, welcher infolge des schiefen Bisses sein vis-à-vis nicht mehr berührte, so stark gewachsen war, daß nach ausgeführter Resektion derselbe den Schluß der Zahnreihe verhinderte und extrahiert werden mußte. (Selbstbericht.)

v. Hacker (Graz). Mehrjährige Magenfistelernährung bei völligem Narbenverschluß der Speiseröhre (Laugenstriktur, Sondenperforation, operativ ausgeheilte Mediastinitis).

Es wird eine jetzt 42jährige, in der nächsten Umgebung von Meran lebende Frau vorgestellt, welche sich seit mehr als $4^1/_2$ Jahren ausschließlich und ausreichend durch eine, die ganze Zeit über tadellos schließende Magenfistel (operiert nach v. Hacker-Lucke) ernährt. Über die Vorgeschichte des Falles wurde vom Vortr. z. T. bereits auf dem Chirurgenkongreß 1901 berichtet. Im Anschluß an eine in der Heimat der Pat. ausgeführte Sondierung ihrer Speiseröhrestriktur war eine Perforation im Brustteil derselben — 3 cm unter dem Jugulum — zustande gekommen. Durch die Inzision der Halsphlegmone und die collare Mediastinotomie war es v. H. gelungen, eine völlige Ausheilung des Prozesses zu erzielen. Es blieb jedoch an der Perforationsstelle trotz verschiedener Versuche, die Durchgängigkeit herzustellen, ein völliger Narbenverschluß der Speiseröhre, zu dessen eventueller Beseitigung Pat. sich keiner eingreifenden Operation mehr unterziehen wollte. Von dieser Abschlußstelle werden ösophagoskopische Bilder gezeigt. (Selbstbericht.)

Diskussion: Wilms (Leipzig) erwähnt als Pendant einen Knaben von 8 Jahren, den er vor $7^1/_2$ Jahren gastrostomierte. Der Knabe entwickelte sich normal, was zeigt, daß auch während der Wachstumsperiode Fistelernährung genügen kann. —

J. Hertle (Graz). Über stumpfe Bauchverletzungen.

Vortr. berichtet über einen Fall von querer Abreißung des Dünndarmes 25 cm von der Flex. duodenojejunal. durch Hufschlag. Der Pat. kam schon 4 Stunden nach dem Trauma zur Operation. Durch tetanische Kontraktur der Darmmuskulatur war gar kein Inhalt, auch kein Gas, in die Bauchhöhle ausgetreten, so daß glatte Heilung ohne Peritonitis eintrat.

Ein zweiter Fall betraf einen Skiläufer, der bei einem Wettspringen platt auf den Bauch auffiel.

Der Pat. sah sehr blaß aus und hatte eine Dämpfung am linken Poupart'schen Band, druckempfindliches, leicht gespanntes Abdomen. Laparotomie, 5 Stunden post trauma, ergibt einen 6 cm langen queren Riß in der Milz. Dieser wird durch tiefgreifende Seidennähte geschlossen, der Bauch bis auf eine kleine Tamponade mittels Vioformgazestreifens geschlossen. Guter Verlauf.

Ein dritter interessanter Fall kam ebenfalls durch Hufschlag zustande. Es bestand das Bild einer sehr schweren Bauchverletzung, bretthart Spannung der Bauchdecken, Erbrechen und heftigste Schmerzen, so daß eine Darmruptur diagnostiziert wurde. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie wurde die vermutete Darmverletzung nicht gefunden, sondern nur ein großes Hämatom am Mesenterium des Dünndarmes. Die Ruptur bestand aber doch! Sie wurde bei der Obduktion im retroperitonealen Teile des Duodenums gefunden, wo eine Phlegmone bestand.

Vortr. rät, beim Bestehen eines Hämatoms am Mesenterium des Dünndarmes oder eines Ödems dortselbst die Ablösung des Duodenums nach Kocher zu machen und gegen den Rücken nach außen von der rechten Niere zu drainieren. Bisher wurde die Verletzung am Lebenden nie aufgefunden, in mehreren Fällen war sie mit intraperitonealer Darmruptur kombiniert.

Außer diesen Fällen wurden in den letzten 8 Jahren an der Grazer Klinik zehn stumpfe Bauchverletzungen operativ behandelt. Vortr. bespricht einige Punkte der Symptomatologie im allgemeinen. Guter Puls soll bei sonst schweren Symptomen nicht zum Zuwarten verleiten, da er oft erst dann schlecht wird, wenn die Peritonitis schon in vollem Gang ist und die Operation zu spät kommt.

Die Spannung der Bauchdecken kommt ebenso bei Darmrupturen wie Rissen in parenchymatösen Organen zustande, aber auch bei großen retroperitonealen

Hämatomen oder einfachen Bauchquetschungen kann sie vorkommen. Vortr. hält sie im Gegensatz zu Trendelenburg u. a. nicht durch den Austritt von Blut oder Kot bedingt, sondern für den Ausdruck der heftigen Schmerzen durch schwere Quetschung des Peritoneum parietale. (Selbstbericht.)

Diskussion: Lenzmann (Duisburg) hält für besonders wichtig die von Hertle erwähnte Tatsache, daß bei Abquetschung des Darmes in den ersten Stunden in der Bauchhöhle Darminhalt nicht vorhanden zu sein braucht. Er erwähnt zwei Fälle von Magenschußverletzungen, in denen sich, obschon der Magen in beiden Fällen angefüllt war, eine halbe Stunde nach der Verletzung keine Spur von Mageninhalt vorfand. L. zieht daraus den Schluß, daß man möglichst früh eingreifen müssen, ohne etwa auf Grund eines guten Pulses zu vertrauensselig zu sein.

Clairmont (Wien) erwähnt einen Fall von subkutaner Darmruptur aus der v. Eiselsberg'schen Klinik, in dem eine Erklärung für die Entstehung der Perforation möglich war: Fall auf den Bauch auf ebener Erde. Peritonitische Erscheinungen. Die am fünften Tage vorgenommene Laparotomie ergab eine diffuse eitrige Peritonitis. Exitus. Autopsie: Die um das Ileum herumgeschlagene Appendix hatte zu einer relativen Stenose geführt. Die Perforation war wahrscheinlich dadurch zustande gekommen, daß eine durch das Trauma ausgelöste Welle des Darminhaltes an der Stelle der Stenose auf ein Hindernis gestoßen war. C. richtet an Hertle die Anfrage, ob in den beiden Fällen der Grazer Klinik nicht analoge Verhältnisse bestanden.

Hertle erwidert, daß in dem erwähnten Falle von Duodenalverletzung analoge Verhältnisse nicht vorlagen. Durch pathologische Zustände im allgemeinen werde allerdings die Gefahr des Platzens des Darmes sehr gesteigert, so z. B. auch bei abnormer Fixation des Darmes durch Narben. In zwei Fällen Jeannel's gab bei Duodenalgeschwüren das Trauma nur den letzten Anstoß zur Perforation. —

Preindlsberger (Sarajevo) demonstriert ein Präparat, das bei der Sektion eines mit Erde verschütteten Arbeiters gewonnen wurde. Neben anderen Verletzungen, die den Tod des Verunglückten herbeigeführt hatten, fand sich: im Douglas ein Riß im Peritoneum und im Mastdarm, durch den ein $1/2$ m langes Dünndarmstück eingetreten und beim After prolabiert war. P. bespricht die in einem ähnlichen Fall in Frage kommenden Operationen, wenn der Verletzte am Leben bleibt. (Selbstbericht.)

Haim (Wien). Die Epityphlitis in Wechselbeziehung zu ihren bakteriellen Erregern.

Bakteriologische Untersuchungen an ca. 80 Fällen der chirurgischen Abteilung des Primar Lotheissen, sowie Tierversuche haben zu dem Resultat geführt, daß die Epityphlitis eine bakterielle Erkrankung ist, und daß sie einen endemischen Charakter besitzt. Die durch die verschiedenen Mikroorganismen erzeugten Epityphlitiden bieten voneinander verschiedene, ganz selbständige und abgegrenzte Krankheitsbilder dar, welche sich in bezug auf Verlauf, Prognose usw. wesentlich voneinander unterscheiden.

Die Streptokokkenepityphlitis befällt mit Vorliebe junge, kräftige Individuen, setzt sehr akut gewöhnlich mit einer Angina und schweren Allgemeinerscheinungen ein und führt äußerst rasch zu einer diffusen Peritonitis, wenn nicht frühzeitig operiert wird. Der Wurmfortsatz ist wenig verändert, nie gangränös, es kommt gewöhnlich zu einer Wandphlegmone oder kleinen Perforation; keine Adhäsionen. Die Prognose ist sehr ernst.

Die Coliepityphlitis ist die gewöhnliche, setzt in der Regel subakut ein, die lokalen Erscheinungen überwiegen, es kommt durch Bildung von Verklebungen und Adhäsionen zur Entwicklung von abgesackten Abszessen. Die Appendix wird gangränös, die Prognose ist günstig, nur die vernachlässigten Fälle, wo es zur Bildung von multiplen Abszessen gekommen ist, enden gewöhnlich letal.

Die Pneumokokkeninfektion setzt stürmisch ein und führt sehr rasch zur diffusen Peritonitis; es bestehen oft zerebrale Symptome, so daß das Bild eines typhösen Zustandes entsteht. Diagnostisch wichtig ist die starke Vermehrung des Fibrinnetzes im Blute. Die Prognose ist sehr ernst.

Die Staphylokokkenepityphlitis scheint in Wien selten zu sein. Das Bild ist dem bei der Coliinfektion sehr ähnlich, nur scheint die Prognose noch günstiger zu sein.

Von Mischinfektionen wurde am häufigsten die mit Coli- und Streptokokken beobachtet. Das Bild ist dem der Coliinfektion ähnlich, nur ist der progrediente Charakter mehr ausgesprochen und die Prognose viel ernster. —

Es ist demnach bei jeder Epityphlitis der bakteriologische Befund zu erheben, da demselben ein ausschlaggebender Wert zukommt. (Selbstbericht.)

W. Plönies (Wiesbaden). Über eine weitere Untersuchungsmethode bei der Appendicitis und der Perforationsperitonitis.

In der Einleitung seines Vortrages beschreibt Redner die Untersuchungsmethode der perkutorischen Empfindlichkeit, erläutert die Vorzüge, die sie vor den anderen bekannten Untersuchungsmethoden hat und bedauert, daß diese so einfache Methode so wenig Beachtung gefunden und gerade bei den Erkrankungen der Abdominalorgane nicht ausgeübt werde, bei deren so schwieriger Differentialdiagnose jede Untersuchungsmethode herangezogen werden muß. Besonders gute Dienste hat sie ihm bei der chronischen, latenten, aber auch der akuten Form der Appendicitis geleistet. Solange die Appendix normal ist, oder nur katarrhalische Veränderungen vorliegen, ist nach seinen langjährigen Beobachtungen jede, auch die stärkste Perkussion, die der statt des Plessimeters aufgelegte Finger vertragen kann, für den Pat. ohne jegliche negative Gefühlstöne. Sobald aber stärkere Entzündung der Schleimhaut bezw. geschwürige Läsionen vorliegen, läßt sich bei normaler Lagerung der Appendix in der Appendix-Coecalgegend eine ausgesprochene perkutorische Empfindlichkeit, selbst Schmerzhaftigkeit feststellen, was durch die leicht zugängliche Lage dieses Darmabschnittes noch besonders begünstigt wird. Der Vorzug dieser Untersuchung liegt im Gegensatze zu der Prüfung der Druckempfindlichkeit darin, daß erstens eine viel schärfere Begrenzung des Krankheitsherdes möglich ist, daß ferner das Resultat der Untersuchung nie durch die so häufig hier bestehende reflektorische Muskelspannung verschleiert werden kann, und daß bei einer vorsichtigen Handhabung dieser Methode kein Schaden dem Pat. zugefügt werden kann. Ein solcher Schaden ist namentlich bei der der Perforation nahen Läsion durch die bei der Prüfung der Druckempfindlichkeit ausgeübten Zerrungen und Verschiebungen unvermeidlich. Durch die besonders bei leiser Perkussion scharfe Einengung ist man in der sicheren Lage, die Appendicitis chronica von den oft ähnliche Beschwerden verursachenden Duodenalläsionen, den Erkrankungen des Pankreas, der Nieren u. a. zu unterscheiden. Bei einer dem Ablaufe zuneigenden Appendicitis kann man mit dieser Methode ferner verfolgen, ob derselbe zu einer völligen Heilung oder nur zu einer verhängnisvollen Latenz geführt hat. In ersterem Falle schwindet die perkutorische Empfindlichkeit auch bei stärkster Perkussion völlig, während in letzterem Falle eine perkutorische Empfindlichkeit in einem gewissen Umfange zurückbleibt. Die Feststellung des Mangels jeglicher Empfindlichkeit macht eine Probelaparotomie in allen den Fällen überflüssig, in denen zurückgebliebene Strangadhäsionen ein Weiterbestehen eines appendicitischen Prozesses vortäuschen können und die Beschwerden derselben durch eine geeignete Behandlung nach und nach abblassen und schließlich völlig verschwinden. Bleibt aber trotz aller internen Behandlung eine perkutorische Empfindlichkeit in gewissem Umfange zurück, so kann man, soweit es am Arzte liegt, beizeiten nach genügender Kräftigung des Pat. durch eine rechtzeitige Operation dem Ausbruche eines Rückfalles oder einer schlimmeren Komplikation vorbeugen. Die therapeutische Bedeutung dieser Untersuchungsmethode sei bei der Appendicitis viel wichtiger und vor allen Dingen eindeutiger, als der diagnostische Wert. Weiter bespricht der Vortr. die akute Appendicitis bezw. die bei ihr entstehenden schweren Komplikationen. Hier sei es wichtig, beizeiten eine drohende Perforation oder bereits vorhandene peritonitische Reizungen oder ausgesprochene Peritonitis festzustellen. Alle drei Zustände verraten sich durch eine schmerzhafte Empfindung, die sich bereits auf die allerleiseste, vom Finger des Untersuchers eben noch deutlich wahrnehmbare Perkussion einstellt. Fieber, beschleunigter Puls werden stets daran er-

innern, zunächst nur mit der allerleisesten Perkussion zu untersuchen, um diese schweren Komplikationen richtig zu erkennen, aber auch um eventuelle Läsionen durch diese Untersuchung oder gar durch Palpation, Prüfung der Druckempfindlichkeit zu vermeiden. Durch weitere Beobachtung des genaueren Umfanges der perkutorischen Empfindlichkeit, den man am besten bei jeder Visite mit dem Farbstift oder Solut. Arg. nitr. oder Jodtinktur markiert, ist man ferner in der Lage, genau zu ermitteln, ob eine Peritonitis hinzutritt oder ob der Prozeß zu einer Abkapselung führt. Es ist dies nach Redners Ansicht der kritischste Zeitpunkt in der ganzen Behandlung, da man auf der einen Seite sich hüten muß, durch eine nicht indizierte Operation der Infektion neue Wege zu bahnen, auf der anderen Seite bei einer im Anschluß an die Perforation hinzutretenden Peritonitis nicht früh genug zur Verhütung einer allgemeinen Peritonitis operieren kann. Bleibt der Umfang der perkutorischen Schmerzhaftigkeit bei dem weiteren Verlaufe stationär oder geht er zurück, kann man ruhig zunächst noch von einer Operation abstehen und erst nach erfolgter Abkapselung und nach dem Ablaufe des Fiebers die erst dann nach der Statistik ungefährliche Operation vornehmen. Schiebt sich aber der Umfang der perkutorischen Schmerzhaftigkeit bei leisester Perkussion progredient oder rapid nach der Mittellinie des Leibes, so ist ein sofortiger operativer Eingriff indiziert, namentlich solange noch die übrigen Erscheinungen, wie Puls über 112 bis 120, auffälliges Zurückgehen der Leukocytose u. a. auf die eminente Lebensgefahr aufmerksam machen; auf diese Weise habe man es, soweit es am Arzte liegt, in der Hand, einer diffusen Peritonitis vorzubeugen. Im Anschluß daran bespricht der Vortr. noch die Punkte, die bei der Untersuchung der Perforationsperitonitis in Betracht kommen, um den Ort der Perforation festzustellen. Er betont, daß nur durch eine frühzeitige Untersuchung innerhalb der ersten 8—12 Stunden, selten später, mit dieser Methode es gelinge, die Perforationsstelle zu ermitteln. Wie wichtig sei daher die Kenntnis dieser Methode gerade für den praktischen Arzt, da er als der Erste meist zu entscheiden hat, ob eine Perforationsperitonitis vorliegt und von welchem Organe sie ausgegangen ist und welchen Umfang sie bereits hat, weil er dann in der sicheren Lage ist, durch schleunige Hinzuziehung eines Chirurgen demselben diejenigen Anhaltspunkte zu geben, die für einen erfolgreichen Eingriff unerläßlich sind. Zum Schluß erwähnt er noch die Bedeutung der Methode für den weiteren Verlauf einer Laparotomie, der Verletzungen des Abdomen, ob peritonitische Prozesse etwa hinzutreten oder ob der Heilverlauf völlig ungestört ist. Seine differentialdiagnostischen Ausführungen bei der Appendicitis, die Anwendung dieser Untersuchungsmethode in anderen Gebieten der Chirurgie sind in dem Vortrage: »Die Bedeutung der perkutorischen Empfindlichkeit für die Diagnose und Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Erkrankungen des Abdomen« erörtert, welcher in der Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann erscheint.

(Selbstbericht.)

Kuhn (Kassel) betont in Fragen der Behandlung der eitrigen Peritonitis die Wichtigkeit eines guten Abflusses der Sekrete, und demonstriert die Photographien von Wendebetten und Sturzbetten. welche eine bequeme und schonende Umbettung der schwer kranken Menschen und eine rasche Verbringung in Bauchlage gestatten. Die Konstruktion der Betten gründet sich auf die Verwendung einfacher, mit Gurten bespannter Rahmen, wie sie Vortr. schon seit Jahren mit großem Vorteil in seiner Klinik verwendet. Die Rahmen, welche einen leichten Transport von Operierten von Bett zu Bett oder von und zum Operationstisch ermöglichen, gestatten auch hier mittels Anwendung einiger Ständer das Wenden und Stürzen der Kranken. (Selbstbericht.)

S. Goldner (Wien). Betriebsunfall und Leistenbruch.

G. hat es versucht, auf Grund des großen Materiales der I. chirurgischen Universitätsklinik in Wien die Frage zu beantworten, wie die Lösung des Problems der Begutachtung des sogenannten traumatischen Leistenbruches auf streng wissenschaftlicher Basis möglich sei. Nur die Operationsbefunde von angeblich traumatischen Leistenbrüchen sind lehrreich für den begutachtenden Arzt. G. weist auf die große Häufigkeit der als Unfallsfolgen angeschuldigten Leistenbrüche und auf

die Notwendigkeit hin, diese Frage vom rein wissenschaftlichen Standpunkte zu beleuchten.

Der im allgemeinen von den praktischen Begutachtern noch häufig beobachtete Vorgang, wonach angeblich traumatische Leistenbrüche ohne weiteres als Unfallsfolgen anerkannt werden, sei lediglich auf eine falsche Humanität zurückzuführen, könnte aber vor einem objektiven wissenschaftlichen Forum die Prüfung nicht bestehen. G. weist nach, daß die meisten seinerzeit von Kaufmann angegebenen wahrscheinlichen Zeichen eines traumatischen Leistenbruches bei der objektiven Begutachtung nicht verwertet werden können. Auf Grund eigener Untersuchungen an 800 Operationsbefunden von Leistenbrüchen fand G., daß es weitaus mehr kongenital veranlagte Leistenbrüche gibt, als wir mit Hilfe der uns gegenwärtig bekannten Merkmale diagnostizieren können. G. fand bei den Radikaloperationen von 88 der Anamnese nach traumatisch entstandenen Leistenbrüchen in 62 Fällen anatomische Befunde, die mit Sicherheit das kongenitale Leiden ergaben; in keinem Falle bot aber der Operationsbefund einen Anhaltspunkt für die traumatische Genese, trotzdem die Operationen sehr bald nach dem erlittenen »Unfall« ausgeführt wurden. G. gibt eine präzise Definition des echten traumatischen Leistenbruches. Es müßte ein schweres Trauma direkt oder indirekt auf die Leistengegend eingewirkt, die Leistenpfeiler eventuell bei intakter Bauchhaut zerrissen und dadurch vielleicht auch den Austritt von Eingeweiden bewirkt haben, so daß also ein Bruch in allen Stücken durch das Trauma gebildet wird.

Unter den vielen Tausenden von Leistenbruchoperationen gab es nur ganz vereinzelte Beobachtungen von echtem traumatischen Leistenbruch.

Eine einheitliche Begutachtung des sogenannten traumatischen Leistenbruches sei unter Berücksichtig folgender Tatsachen möglich.

1) Der Leistenbruch bildet in den allermeisten Fällen eine kongenitale Anlage (angeborener Leistenbruch).

2) Er stellt bei älteren Individuen durch langsam zunehmendes Schwächerwerden der Muskulatur im allgemeinen und der Bruchpforten im besonderen eine Berufskrankheit, eine erworbene Anlage dar (allmählich erworbener Leistenbruch).

3) Nur in ganz exzeptionellen Fällen mag es einmal zur Entstehung jener Art von Leistenbrüchen kommen, die, durch ein evidentes direktes Trauma hervorgerufen, sich eigentlich als Verletzungen der Bauchwand präsentieren und danach einzuschätzen sind (traumatischer Leistenbruch). (Selbstbericht.)

Diskussion: Riedinger (Würzburg) erinnert daran, daß anläßlich der Behandlung der Bruchfrage auf dem internationalen Kongreß zu Lüttich die Entstehung der traumatischen Hernie (mit Ausnahme der Hernie de force) bezweifelt wurde. Nur ein Redner war in der Lage, allein 4 Fälle von Hernie durch Zerreißung der Bauchwand neben dem intakten Leistenkanal durch Operation unmittelbar nach der Verletzung konstatieren zu können.

H. Küttner (Marburg). Demonstration seltener Hernienpräparate

Die Präparate entstammen der Sammlung des Marburger anatomischen Instituts (Geheimrat Prof. Dr. Gasser).

1) Becken mit zwei Schenkelbrüchen und einer Leistenhernie an welchem die Bedeutung des Fettpfropfes und des Locus minoris resistentiae für die Entstehung der Hernien deutlich zutage tritt.

Ein Fettpfropf liegt im rechten Annulus inguinalis cutaneus, er hat eine innere Leistenhernie nachgezogen. Einen weiteren Fettpfropf sieht man in der linken Fossa ovalis, ihm ist eine linksseitige Hernie gefolgt. Auch rechts findet sich eine Schenkelhernie, welche von der gleichseitigen Inguinalhernie durch das Leistenband sehr scharf getrennt ist. Hält man das Formolpräparat gegen das Licht, so tritt der Locus minoris resistentiae klar hervor, sämtliche Bruchpforten sind durchscheinend im Gegensatz zu der dunklen Bauchwand.

2) Schenkelhernie mit injiziertem Hesselbach'schen Totenkranz. Fettpfropf im Canalis obturatorius.

Normalerweise entspringt die Arteria obturatoria aus der Arteria hypogastrica, in etwa 25% der Leichen aber aus der Arteria epigastrica inferior, die »Corona mortis« bildend. Dieser Ursprung findet sich an dem Präparat: man sieht das große Gefäß aus der Arteria epigastrica hervortreten, um den Hals einer Schenkelhernie verlaufen, zwischen Hernie und Ligamentum lacunare weiterziehen und über den horizontalen Schambeinast zum Canalis obturatorius treten. Die Furcht vor dem Totenkranze bei der alten Methode der Herniotomie erscheint berechtigt. Mit der Arterie sieht man einen Fettpfropf in den Canalis obturatorius hineinziehen, der wohl als Vorläufer einer Hernia obturatoria aufzufassen ist.

3) Präparat einer ausgebildeten Hernia obturatoria.

Bei der Betrachtung von innen her erkennt man die Bruchpforte in Gestalt des für einen Finger durchgängigen Canalis obturatorius. Der Bruchsack ist fingergliedlang. Er liegt, wie die Präparation von außen her zeigt, unter dem M. pectineus zwischen Mm. adductor longus und brevis. Neben dem Bruchsack sieht man den vorderen Ast des Nervus obturatorius präpariert, welcher außer dem Adductor longus und brevis den M. gracilis und die Haut an der Innenseite des Oberschenkels versorgt. Dieser Nervenast vermittelt die charakteristischen Schmerzen bei der Hernia obturatoria.

4) Fettpfropf im Trigonum lumbale superius als Vorläufer einer Lendenhernie.

Der M. lattisimus dorsi ist zurückgeschlagen, man erkennt den M. serratus post. inf., die 12. Rippe, den hinteren Rand des M. obliquus ext. und int. Im Trigonum lumbale superius sitzt ein großer Fettpfropf. Auch das Trigonum lumbale inferius Petiti ist präpariert.

5) Präparat einer Hernia inguinalis interstitialis.

Die Bruchpforte der äußeren Leistenhernie ist für zwei Finger durchgängig. Der Bruchsack hat sich nicht in das Scrotum, sondern in die Bauchdecken hinein entwickelt, vielleicht infolge einer Flexions- und Adduktionskontraktur im Hüftgelenk, welche bei der Leiche gefunden wurde. Über dem Bruchsack liegt in Schichten präpariert 1) die Haut, 2) der Panniculus, 3) die Fascia superficialis, 4) die Muskelfascie. Der Bruchsack liegt unter der Aponeurose und zum Teil unter der Muskulatur des Obliquus externus; der Obliquus internus ist an dieser Stelle kaum angedeutet. Es handelt sich also um eine echte Hernia inguinalis interstitialis.

6) Becken mit zwei äußeren Leistenbrüchen und abnorm ausgebildeten Blasenbändern.

Die Blasenbänder springen so stark vor, daß sie förmliche Recessus peritonei bilden. Da auch die epigastrischen Falten sehr stark ausgebildet sind, erscheint die Topographie der Leistenbrüche besonders deutlich.

7) Abnormer Recessus peritonei an der vorderen Bauchwand (Recessus supravesicalis). Hernia cruralis supravascularis.

An Stelle des Ligamentum vesicoumbilicale mediale findet sich ein Recessus, in welchem die Symphyse keilförmig vorspringt. Eingeweide wurden in dem Recessus nicht gefunden, konnten jedoch bei leerer Blase in ihn eintreten. Außerdem findet sich an dem Präparat eine Schenkelhernie, deren Bruchsack nicht medial von der Vene, sondern auf ihr gelegen ist. (Hernia cruralis supravascularis.)

7) Ungewöhnliche, in den Netzbeutel entwickelte innere Hernie.

Es findet sich an dem Präparat der normale Recessus ileocoecalis und intersigmoideus, dagegen fehlt der Recessus duodeno-jejunalis. An seiner Stelle besteht eine sehr große innere Hernie, deren Bruchsack von einer abnormen, in den Netzbeutel entwickelten und hinter dem Magen bis zum kleinen Netz hinaufreichenden Bauchfellausstülpung gebildet ist. Der Eingang der Hernie ist von der Arteria colica media umrandet, der Inhalt wird vom Dünndarm gebildet. Auf eine genaue Präparation mußte verzichtet werden, um das seltene Präparat nicht zu zerstören.

9) Defekt im Zwerchfell mit Prolaps der Eingeweide (falsche Zwerchfellhernie.

Das Präparat stammt von einem männlichen Kinde, welches 8 Tage gelebt hat. Der Defekt im Zwerchfell findet sich links hinten. In der Bauchhöhle liegt nur die Leber, der Magen, ein Teil des Duodenum, der untere Abschnitt des Dickdarms und die rechte Niere. Alle anderen Intestina finden sich ohne Bruchsack frei in der linken Pleurahöhle. Die Lunge liegt stark komprimiert hinter den Eingeweiden, die übrigen Brustorgane sind normal, nur etwas nach rechts verlagert.

10) Wahre Zwerchfellhernie.

Das sehr seltene Präparat entstammt einem weiblichen Kinde, welches nur einige Stunden gelebt hat. Die Hernie ragt als hühnereigroße Geschwulst in die linke Pleurahöhle vor, sie dokumentiert ihre Herniennatur durch das Vorhandensein des Peritoneums als Bruchsack und der Zwerchfellsubstanz und Pleura als Bruchhüllen. In der Hernie liegt die Milz, der Fundus des Magens und der eigentümlich abgeschnürte und nach oben verlagerte linke Leberlappen. Als Ursache der Verbildung ist eine große Cyste an der Unterfläche der Leber anzusehen, welche als der kongenital enorm erweiterte Ductus choledochus aufgefaßt werden muß. Das an einem Mesenterium commune aufgehängte Coecum liegt in der linken Bauchseite, weil die große Cyste die normale Wanderung des Dickdarms von der linken in die rechte Körperhälfte verhindert hat. (Selbstbericht.)

A. Brenner (Linz). Über die Radikaloperation der Leistenhernien.

B. berichtet über ca. 2000 Operationsakte, welche er wegen Leistenhernien an 1088 Männern und 108 Frauen vorgenommen hat; er hat in allen Fällen die von ihm im Zentralblatt für Chirurgie 1898 Nr. 41 beschriebene Abänderung der Bassini'schen Operationsmethode angewendet, die in der Verwertung des M. cremaster zur Bildung der hinteren Wand des Leistenkanales besteht.

Die Sterblichkeit betrug 11 auf 1188 Kranke = 0,9%, wenn man alle Todesfälle und auch die bei Inkarzeration in Rechnung zieht, 0% wenn man die inkarzerierten Hernien und Todesfälle außer Rechnung stellt, die nicht auf Wundinfektion zurückzuführen sind.

Als Operationsergebnisse betrachtet B. zunächst den Einblick in die Beziehungen der Hernien zum Descensus testiculi und Proc. vaginalis und weist alle Übergänge vom offenen Proc. vaginalis zu den normalen Verhältnissen des Leistenkanales nach.

Eine besondere Bedeutung haben die sehnigen Ringe im Bruchsacke, die zumeist an typischen Stellen, am Übergange des Proc. vaginalis zum Bauchraume und über dem Hoden vorkommen und häufiger als man annimmt, die Ursache der Brucheinklemmung sind. Die größere Häufigkeit der Hernien rechts ist auch aus B.'s Statistik zu entnehmen.

Von den 1080 Männern wurden 889 beiderseits operiert, und war 520mal auch auf der anderen Seite ein Bruchsack (also in 58%); bei den 369, welche nur auf einer Seite einen Bruchsack hatten, war dieser 236mal rechts und nur 133mal links. Von den 108 Frauen wurden 87 beiderseits operiert, und war 44mal, also in 50%, auch auf der 2. Seite ein Bruchsack vorhanden — bei den 43 Frauen mit nur einseitigem Bruchsacke war dieser 28mal rechts und nur 15mal links.

Bezüglich der Dauerheilung hat sich B. nach den Anforderungen Pott's gerichtet und aus jenen Operationen als Bruchoperationen angenommen, wo ein wenn auch kleiner Bruchsack entfernt wurde.

Dadurch stellt sich die Zahl der Radikaloperationen

bei Männern auf 991 mit 910 Dauerheilungen = 91,8%,

bei Frauen auf 82 mit 78 Dauerheilungen = 95%,

zusammen also 1073 Radikaloperationen mit 988 Dauerheilungen = 92%.

Von den unbefriedigenden Resultaten wiesen nur 49 Männer und 1 Frau ein wirkliches Rezidiv des Bruches auf = 46%. Der Dauererfolg stellt sich nach dieser Statistik zwischen Kocher mit 92,5% und Bassini mit 90,1%.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Preindlsberger (Sarajevo) übt die Brenner'sche Modifikation mit einer gewissen Einschränkung. P. glaubt, daß dieselbe bei kleinen Hernien genüge. Bei größeren Hernien näht er die Muskelschichten des Obliquus internus und transversus an das Poupart'sche Band, wobei er die abgelöste Cremasterplatte mitfaßt.

v. Eiselsberg (Wien) lagert bei der Radikaloperation den M. cremaster als Plombe zwischen Poupart'sches Band und M. obliquus internus. Bei Cruralbrüchen bedient sich v. E. meist des Billroth-Bassini'schen Verfahrens, bei großen Bruchpforten der F. Salzer'schen Fascien-Lappenplastik.

Brenner (Linz): Erfahrungen über die operative Behandlung des Ulcus callosum ventriculi.

B. hat im Jahre 1902 auf dem Naturforschertage in Karlsbad über die jüngsten Erfolge der Resektion des kallösen Magengeschwüres berichtet — seither hat er 3 Fälle beobachtet, in denen die Gastroenterostomie eine vollkommene Heilung herbeiführte. —

1) Ein jetzt 24jähriger Mann — im Jahre 1900 wegen kallösen Geschwüres der vorderen Magenwand gastroenterostomiert und geheilt — kam 1903 wieder zur Operation wegen Inkarzeration des Dünndarmes zwischen Mesocolon transversum und der von der Plica duodenojejunalis zur Gastroenterostomiestelle gespannten Jejunumschlinge. — Die Inkarzeration wurde behoben, die Spalte zwischen Jejunum und Mesocolon vernäht.

Die Untersuchung des Magens ergab die Stelle des ehemaligen Geschwüres vollkommen normal — der Kranke ist auch bisher vollkommen gesund.

2) 50jährige Magd, 3. März 1904 Gastroenterstomie wegen handtellergroßen kallösen Geschwüres der hinteren Magenwand, geheilt entlassen. Dezember 1904 neuerliche Operation wegen Magenschmerzen'; die Stelle des ehemaligen Geschwüres nicht mehr kallös, Pylorus und Cardia durch eine talergroße weißglänzende Narbe an die Prankreasgegend fixiert; kein Geschwür mehr; Resektion des Pylorusteiles. Verschlußnaht des Duodenums und des Magenrestes; geheilt.

3) 47jähriger Mann, Juli 1904 Gastroenterostomie wegen kallösen, in die vordere Bauchwand hineindringenden Geschwüres der vorderen Magenwand, geheilt entlassen. —

Mai 1905 Operation der von der ersten Operation herrührenden Bauchwandhernie; dabei wird festgestellt, daß der Magen von der vorderen Bauchwand sich zurückgezogen hat und nur durch lockere Adhäsionen mit ihr und der Leber verbunden ist. Von kallösen Infiltrationen keine Spur, der Magen überall weich, der Kranke seit der ersten Entlassung schmerzfrei.

Stellt man diesen unzweifelhaften Heilungen des Ulcus callosum durch Gastroenterostomie die Rezidivgeschwüre nach ausgiebigen Resektionen des Magens, wie sie von v. Eiselsberg, Körte, Hinterstoisser u. a. beschrieben sind, gegenüber, so wird man in der Wahl zwischen den beiden Operationen wohl zur Gastroenterostomie hinübergezogen.

B. hat bei Resektion des kallösen Geschwüres auf 21 Fälle 6 Todesfälle. Von den Überlebenden kommen hier nur 12 in Betracht, von denen 8 dauernd geheilt blieben, 4 über ernstliche Störungen klagen.

Bei 30 Gastroenterostomien mit 4 Todesfällen kommen nur 22 Fälle für die Dauerheilung in Betracht, und von diesen sind 14 $^3/_4$ Jahre bis 9 Jahre vollkommen beschwerdefrei.

Es weist also B.'s Statistik

bei Resektion wohl 66,6% Dauerheilungen, aber 28,6% Mortalität,

bei Gastroenterostomie aber 63,6% Dauerheilungen und nur 13,3% Mortalität auf,

so daß B. zuerst die Gastroenterostomie in Betracht zieht und erst wenn diese das Geschwür nicht zur Heilung gebracht hat, die Resektion.

Die Statistik anderer Chirurgen, z. B. v. Eiselberg's oder Jedlitzka's, gibt

keine Klärung der Fragen, auch nicht die Sammelstatistik von Warnecke, weil die Zahl der länger beobachteten Fälle derzeit noch viel zu klein ist.

So erwähnt Warnecke, daß von 398 Gastroenterostomierten nur 69, und von 100 resezierten nur 20 länger als $1^1/_2$ Jahr beobachtet wurden.

Diskussion: Schloffer (Innsbruck) verfügt unter 58 Operationen, die wegen Erkrankung des Magens an der Innsbrucker Klinik seit November 1903 vorgenommen wurden, über 20 Gastroenterostomien und 1 Resektion wegen gutartiger Erkrankungen. Mit 24 Gastroenterostomien und 1 Resektion, die er an der Wölfler'schen Klinik ausführte, ergibt dies 44 Gastroenterostomien und 2 Resektionen wegen gutartiger Magenerkrankungen. Kein Todesfall. In 2 Resektionsfällen kam es 12 resp. 24 Stunden nach der Operation zu schwerstem Herzkollaps und Ansteigen des Pulses bis zur Unzählbarkeit, wofür S., da, wie der spätere Verlauf zeigte, Nachblutung oder andere vom Operationsterrain ausgehende Störungen auszuschließen waren, einfach die Größe und die Art des Eingriffes verantwortlich macht. Da die Resektion ein ungleich schwererer Eingriff sei als die Gastroenterostomie, so dürfte sie beim Ulcus ventriculi nur dann häufiger in Anwendung gebracht werden, wenn die mit Gastroenterostomie erzielten Erfolge wesentlich ungünstiger wären; dies sei aber nicht der Fall.

S. verfügt über mindestens 5 Fälle von Ulcus callosum, welche durch Gastroenterostomie vollständig zur Ausheilung kamen. Von 20 Fällen der Innsbrucker Klinik gaben 14 Auskunft über ihr jetziges Befinden. Nur in einem Falle war der Zustand des Pat. durch die Operation nicht gebessert. Im übrigen lauteten die Berichte durchweg günstig. S. betrachtet die Gastroenterostomie als eine Operation, die beim Ulcus pylori recht günstige Ergebnisse schaffe. Nur wenn nach erfolgloser Gastroenterostomie bei einer zweiten Laparotomie ein tastbares Ulcus nachweisbar sei, komme die Resektion in Betracht.

Steinthal (Stuttgart) hielt bis vor kurzem die Gastroenterostomie bei Ulcus als die Operation der Wahl. Vor einiger Zeit aber erlebte er 8 Tage nach der Operation eine tödliche Magenblutung bei einem Fall von perforiertem Ulcus, das bei der Operation übernäht worden war. Er erinnert daran, daß mit und ohne Gastroenterostomie 5% der Fälle an Blutung zugrunde gehen. Die Frage, ob die Resektion für solche Fälle, in denen sie sich technisch leicht ausführen läßt, nicht wieder mehr in den Vordergrund treten soll, will er ausgedehnteren Erfahrungen überlassen.

Payr (Graz) reseziert wieder häufiger, besonders bei ins Pankreas vordringenden Geschwüren. Er verfügt über 2 Fälle von Resektion von Ulcus callosum aus älterer, über 5 aus neuerer Zeit. 6 Pat. sind geheilt. Aus diesem Materiale greift er folgende zwei Erfahrungen als besonders erwähnenswert heraus:

1) Gastroenterostomie bei einem älteren Manne mit seit Jahren bestehendem Ulcus callosum, welches, wie bei Anlegung eines Schnittes an der vorderen Magenwand konstatiert wurde, tief ins Pankreasgewebe vordrang. Die Gastroenterostomie beseitigte die infolge von narbiger Pylorusstenose bestehende Gastrektasie, nicht jedoch die starken Schmerzen. Bei der $3^1/_2$ Monate später vorgenommenen Relaparotomie fand man das Ulcus unverändert. Resektion und Exstirpation desselben aus dem Pankreas mit dem Paquelin. Tod nach 12 Tagen an Herzkollaps.

2) 28jährige Frau. Exzision eines Ulcus weit im Gesunden. Bei einer $4^1/_2$ Monate später wegen Wiederkehr der Ulcusbeschwerden vorgenommenen Relaparotomie findet sich ein neues, tief ins Pankreas eingewuchertes Ulcus callosum. Ausgedehnte segmentäre zirkuläre Resektion. Glatte Heilung.

Also in einem Falle keine Beeinflussung des Ulcus durch die Gastroenterostomie, im anderen rasches Rezidivieren eines radikal exzidierten Ulcus an anderer Stelle.

Durch Inzision der vorderen Magenwand sucht P. sich oft über Vorhandensein und Sitz des Ulcus Aufschluß zu verschaffen. Bei Eindringen des Ulcus ins Pankreas empfiehlt er die Resektion. Allgemeine Regeln bei der chirurgischen Behandlung des Ulcus callosum lassen sich zurzeit nicht aufstellen.

v. Eiselsberg (Wien) hält die Gastroenterostomie in den meisten Fällen für die Operation der Wahl, indem die Resektion weder vor einer Ulcusneubildung, noch vor einer tödlichen Blutung schütze.

Hofmeister (Stuttgart) macht auf die Gefahr der Verwechslung von Ulcus und Karzinom aufmerksam. In mehreren seiner Fälle konnte die Diagnose erst durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt werden. Deshalb ist H. mehr zur Resektion des Ulcus übergegangen. Eine Pat. mit ins Pankreas perforiertem Ulcus ging einige Tage nach der Gastroenterostomie an Arrosionsblutung aus dem Geschwür (A. lienalis) zugrunde.

Brenner (Linz) hat ebenfalls einige Fälle unter der Diagnose Ulcus callosum reseziert, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Karzinome erwiesen. Ein Fall starb 5 Jahre nach Resektion des vermeintlichen Ulcus an Karzinom der Operationsstelle. Die Untersuchung des resezierten Stückes ergab, daß es sich schon bei der 1. Operation um ein Karzinom handelte.

v. Hacker hat sich wie v. Eiselsberg im allgemeinen nur ungern zu einer Resektion wegen Ulcus entschlossen. Er habe als einer der ersten auf die Bedeutung der Gastroenterostomie als Radikaloperation bei Ulcus hingewiesen. Für das Wesentliche halte er dabei die Möglichkeit der freien Entleerung des Magens, welche nach der Resektion nicht immer in dem Maße erreicht werde. v. H. hat eine Reihe von Fällen von Ulcus callosum in Erinnerung, bei denen er aus der langen Heilung (so in einem 1892 operierten Fall) auf die Ausheilung des Ulcus schließen zu können glaubt.

H. Haberer (Wien). Ein seltener Fall von Stenose des Magens und obersten Jejunums.

Vortr. berichtet über einen von ihm beobachteten und operierten Fall, der bei bestehender latenter Phthise typische Symptome von Magen- und Darmstenose dargeboten hat. Bei der Laparotomie fand sich ein Tumor des Pylorus und ein ebensolcher der zweitobersten Jejunumschlinge mit zahlreichen bis zu walnußgroßen, zum Teil verkäst erscheinenden Lymphdrüsen im Mesenterium. Sowohl der Pylorus- als auch der Darmtumor ergaben das typische makroskopische Bild der Tuberkulose. Aus der histologischen Untersuchung einer probeweise exzidierten Lymphdrüse konnten keine direkten Anhaltspunkte gefunden werden. H. stellt per exclusionem die Diagnose auf Tuberkulose mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit. Die Gastroenterostomia antecolica anterior zwischen Magen und der ersten Jejunumsschlinge unterhalb des Darmtumors und laterale Enteroanastomose zwischen den beiden Darmschlingenschenkeln in der Weise, daß vom zuführenden Schlingenschenkel eine Partie kranialwärts vom Darmtumor gewählt wurde, brachte Heilung von den abdominalen Beschwerden. (Selbstbericht.)

Diskussion: Payr (Graz) hält die Mitteilung Haberer's für eine Bestätigung seiner Annahme, daß bei einer tuberkulösen Pylorusstenose sich einmal eine gleichzeitige tuberkulöse Dünndarmstenose finden könne. Es ist P. aufgefallen, daß bei Tuberkulose des Pylorus tuberkulöse Darmgeschwüre im oberen Jejunum häufiger beschrieben werden, während sie ja doch ihre Prädilektionsstelle im unteren Ileum haben. P. läßt die Frage offen, ob diese Beobachtung dafür spreche, daß im oberen Dünndarm Tuberkulose häufiger durch Inokulation, im unteren aber häufiger auf hämatogenem Wege entstehe. — P. stellt an Haberer die Anfrage, ob es sich in diesem Falle nicht vielleicht um einen luetischen Prozeß handeln könne. Riedel und Gross hätten über fibröse hyperplastische Pylorus-Darmstenosen, welche gleichzeitig auftraten, berichtet.

Haberer glaubt, daß bei Lues in solcher Ausdehnung ältere Veränderungen in Form von Narben (in der Leber oder am Darm) hätten vorhanden sein müssen. Was den Infektionsmodus im vorliegenden Falle anbetreffe, so könne nicht entschieden werden, ob die Tuberkulose des Magens oder diejenige des Darmes die primäre gewesen sei.

Wilms (Leipzig). Die beim postoperativen Ileus wirksamen mechanischen Momente.

Zur genaueren Analyse der verschiedenen Formen des postoperativen Ileus muß der frühoperative Ileus getrennt werden in Lähmungs- und mechanischen Ileus. Ein echter Lähmungsileus kann aber nur eintreten bei ausgedehnter Darmlähmung. Lähmungen von kürzeren Darmstrecken können, entgegen der allgemein verbreiteten Meinung, kein mechanisches Hindernis sein 1) weil bei Darmsarkomen, die durch Infiltrierung die Darmwand lähmen, kein Ileus auftritt; 2) weil die Peristaltik selbst bei Gegenschaltung des Darmes den Darminhalt noch durchtreibt. Es muß also zur Lähmung von Darmstrecken noch Knickung, Zerrung oder Drehung hinzutreten, meist mit Ventilverschluß. Die Art des Ventilverschlusses wird an Zeichnungen demonstriert. Die Kenntnis dieser mechanischen Momente ist für die Therapie, besonders für die Tatsache von großer Bedeutung, daß einfache Enterostomie auch solche mechanische Ileusfälle dauernd zu heilen vermag.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Hofmeister (Stuttgart) pflichtet der Wilms'schen Auffassung bei und führt zu deren Gunsten fünf eigene Fälle von postoperativem Ileus an; in 3 Fällen genügte die einfache Enterostomie zur Wiederherstellung der Durchgängigkeit. In einem Falle von postoperativem mechanischem Ileus fand H. an der Stelle der Knickung einen Ventilverschluß, wie er von Wilms beschrieben wurde.

H. Küttner (Marburg). Demonstration seltener Achsendrehungen.

1) Präparat einer Netztorsion, in der Wohnung des akut erkrankten und durch die Operation auch von chronischen Magenbeschwerden befreiten Patienten durch Laparotomie gewonnen. An dem Präparat erkennt man eine Drehung um 360° in einer dem Uhrzeiger entgegengesetzten Richtung, eine weitere ganz frische Torsion um 360° wurde bei der Operation zurückgedreht. K.'s Schüler Pretzsch konnte 42 Fälle von Netztorsion aus der Literatur zusammenstellen. Fast immer sind es, wie auch im vorliegenden Falle, sehr schwere und fettreiche Netze, welche der Drehung verfallen. Männer erkranken sehr viel häufiger als Frauen, die überwiegende Mehrzahl der Patienten stand zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre. Ätiologisch kommen hauptsächlich Hernien in Betracht; das oben am Magen und unten im Bruchsack fixierte Netz wird dann durch Taxisversuche, Hustenstöße oder, wie bei unserem Patienten, durch Tanzen, durch Kegeln und ähnliche brüske Körperbewegungen in Drehung versetzt. Die Symptome der Torsion sind meist recht stürmische, die Diagnose wird fast nie gestellt. Die Prognose ist nicht ungünstig, obwohl Todesfälle durch Peritonitis und embolische Ulzerationen am Magen und Darm vorgekommen sind. Die Behandlung besteht in Abtragung der torquierten Partien, event. in Totalexstirpation des Netzes.

2) Präparat von Volvulus des ganzen Dünndarmes, des Coecum und aufsteigenden Dickdarmes.

Der Ileus, welchem zahlreiche leichtere Ileusanfälle voraufgegangen waren, bestand bei der Operation seit 4 Tagen. In der linken Darmbeinschaufel lag als mannskopfgroßer Tumor das enorm geblähte Coecum, um dieses herum ein Konvolut meteoristischer Dünndarmschlingen. Es zeigte sich, daß das Coecum und Colon ascendens, welche an einem Mesenterium commune hingen, um 180° gedreht waren, und daß sich um den torquierten Stiel des Mesocoecum der ganze Dünndarm bis zum Duodenum hinauf mit einer Drehung von 360° herumgedreht hatte. Lösung zahlreicher Verwachsungen des eine hochgradige Mesenterialperitonitis zeigenden Bauchfelles, Zurückdrehen des Volvulus. Anfangs günstiger Verlauf; nach 6 Tagen Lungenerscheinungen, danach schleichende Peritonitis, der die sehr heruntergekommene Pat. am 10. Tage erlag. Der Volvulus des ganzen Dünndarmes und aufsteigenden Dickdarmes ist sehr selten. K.'s Assistent Danielsen konnte aus der Literatur nur zehn Fälle zusammenstellen, von denen 80 % tödlich endeten.

3) Präparat eines Volvulus der Flexura sigmoidea mit hochgradigster Blähung des Coecum.

Tod an Peritonitis nach Perforation eines Dehnungsgeschwüres an der Grenze

von Coecum und Colon ascendens. Der Darm ist aufblähbar geblieben durch Behandlung mit Glyzerin und Nelkenöl. (Selbstbericht.)

Hofmeister (Stuttgart). Zur Technik der Enterostomie.

Soll die Enterostomie so häufig angewandt werden, als sie es verdient, so müssen die Nachteile der klassischen Methode (Überfließen des Darminhaltes über die Bauchdecken, Ekzem, Infektion der Laparotomiewunde, Nachoperation behufs Fistelschlusses) vermieden werden. H. empfiehlt dazu folgendes Verfahren:

In das eine Ende eines Gummischlauches ist eine gekrümmte Metallkanüle eingebunden; das andere Ende wird mit einem gekrümmten Stiel armiert, welcher das Lumen verschließt und den Schlauch nach Art einer Spicknadel festhält. Die Kanüle wird durch eine kleine Inzision in den Darm eingeführt, mit einer Naht befestigt und die Darmwand durch zwei übereinander gelegte Tabaksbeutelnähte eingestülpt. Mittels der Spicknadel wird der Schlauch durch eine dicke Stelle der Bauchwand (Rectus) nach außen geführt und die Implantationsstelle des Drains mit zwei Nähten ans Peritoneum parietale herangezogen, welche außen über Gazebäuschchen geknüpft werden. Die Laparotomiewunde kann ganz geschlossen werden. Das Verfahren braucht nicht mehr Zeit als die klassische Enterostomie. Hat die Fistel ihren Dienst getan, so heilt sie nach Entfernung der Kanüle spontan.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Payr unterscheidet zwischen Enterostomie als Notoperation und als prophylaktischem Eingriff. Was die erstere anbetrifft, so steht er auf dem Standpunkte Heidenhain's der möglichsten Vereinfachung der Enterostomietechnik. Für gewisse Fälle jedoch (manche Peritonitisformen, Darmstenose, Dickdarmresektion) schlägt P. ein Verfahren vor, daß eine größere Nachoperation unnötig macht. Als Beispiel beschreibt er die Anlegung eines Anus praeternaturalis am untersten Ileum:

1) Durchtrennung des unteren Ileum ca. 20 cm oberhalb der Valvula Bauhini.

2) Vorziehen des oralen Darmstückes vor die rechtsseitige Laparotomiewunde lateralwärts und Fixation mittels zweier Hautnähte.

3) Laterale Anastomosierung der beiden Dünndarmschenkel durch Murphyknopf, dessen beide Hälften durch die offenen Darmenden eingeführt werden. Der Knopf ist mittels eines durch das orale Ende herausgeleiteten Fadens fixiert. Einlegen eines dicken Drainrohres in das orale Darmende.

4) Verschluß des aboralen Darmendes. —

Soll der After geschlossen werden, so geschieht dies durch Abquetschen des vorgezogenen Darmstückes, Ligatur und Einstülpung. P. hat nach diesem Vorgange vier Fälle operiert.

Steinthal (Stuttgart) hält die von Payr vorgeschlagene Operation für zu kompliziert. Die Anwendung des Murphyknopfes zur Anastomose zwischen Dünndarm und Dünndarm sei bedenklich, da durch zu rasches Durchschneiden durch den zarten Dünndarm unangenehme Fisteln entstehen können. Die Unterscheidung der Enterostomie in Not- und prophylaktische Operation hält er (in technischer Beziehung) für überflüssig, wenn man sie als Witzelfistel ausführe. Nach bloßer Entfernung des drainierenden Gummirohres schließe sich später die Fistel von selbst.

Payr erwidert, daß sich Steinthal das Verfahren jedenfalls zu schwierig vorstelle; es erfordere nicht mehr als 7—10 Minuten. An seiner Einteilung zwischen Enterostomie als Notoperation und als prophylaktischem Eingriff hält er fest. Im ersteren Falle verwirft er jeden größeren Eingriff, in letzterem sei oft eine breite Eröffnung des Darmes zur Erleichterung des Abflusses des oft mit Bröckeln vermischten Inhaltes empfehlenswert.

v. Eiselsberg (Wien) frägt an, ob das dünnkalibrige Drain ausreichend war, um, ohne verstopft zu werden, den Stuhl abzuleiten.

Hofmeister erwidert, daß er bei Anlegung von Dünndarmfisteln, für welche er den Schlauch konstruiert habe, stets glatte Entleerung des dünnen Darminhaltes beobachtet habe. Bei Verdacht auf Verstopfung werde Kochsalzlösung durch den Schlauch eingespritzt. Zu den Ausführungen Payr's bemerkt er, daß sich die Fistel nach Entfernung des Schlauches unter einem Gazebausch von selbst schließe.

Hofmeister (Stuttgart). Ergebnisse der Frühoperation des kompletten inneren Darmverschlusses.

Von 27 während der letzten 2 Jahre auf der Abteilung des Vortragenden operierten Fällen von innerem mechanischem Darmverschluß sind 20 geheilt, 7 gestorben (25,9%). Innerhalb der ersten 3 Tage operiert sind 16, davon keiner gestorben; vom 4. bis 6. Tag operiert 8, davon gestorben 4 = 50%; noch später operiert 3, davon gestorben 3 = 100%. Entscheidend für das Operationsresultat ist die Krankheitsdauer. Wenn möglich, wird die radikale Beseitigung des Hindernisses durch Laparotomie angestrebt, und in den Frühstadien des Ileus werden auch sehr große Eingriffe gut ertragen. — Wo die Radikaloperation nicht möglich ist, beschränkt man sich auf die Enterostomie zur Entlastung des zuführenden Darmes. Wo sie zur Heilung nicht ausreicht, wird sobald als möglich die Radikaloperation nachgeschickt. Außerdem verwendet H. die Enterostomie gewissermaßen »prophylaktisch«, zusammen mit der Radikaloperation in Fällen, wo der zuführende Darm stark geschädigt ist, oder erneute Knickung und Verklebung zu befürchten ist.

Wo der Sitz des Hindernisses nicht diagnostiziert werden kann, beginnt die Operation mit einem kleinen Schnitt im Epigastrium, von dem aus sowohl Dünndarm als Colon transversum auf seine Blähung kontrolliert werden kann. Kommt es nicht zur Radikaloperation, so kann von diesem kleinen Schnitt aus sowohl am Dünndarm als am Kolon enterostomiert werden.

Unter den 20 Geheilten hat die primäre Radikaloperation für sich allein sechsmal zum Ziele geführt, siebenmal wurde sie mit der prophylaktischen Enterostomie kombiniert; siebenmal wurde primär nur die Enterostomie ausgeführt, welche in drei Fällen (postoperativer Ileus) für sich allein zur Heilung genügte, während viermal die Radikaloperation nachfolgen mußte. (Selbstbericht.)

(Schluß folgt.)

---

17) **Stokes and Amick.** Typhoid appendicitis without other intestinal lesions.

(Johns Hopkins hospital bulletin 1905. August.)

Ein 24jähriger Student, der 13 Jahre zuvor einen Typhus überstanden hatte, erkrankte am 21. März 1905 unter deutlichen Symptomen von Appendicitis. 11 Stunden später wurde der Wurmfortsatz entfernt, vom 3. Krankheitstag an war die Temperatur normal, Pat. genas schnell.

Der Wurmfortsatz, der alle Zeichen frischer Erkrankung darbot, wurde bakteriologisch und histologisch untersucht; man fand Bacillus pyocyaneus und Bakt. typhi. Die Widal'sche Reaktion, 8 Tage nach der Operation mit den aus dem Wurmfortsatze gezüchteten Typhusbazillen angestellt, fiel bei einer Verdünnung von 1 : 50 deutlich positiv aus.

Verff. vermuten, daß die Typhusbazillen 13 Jahre lang, vielleicht in der Gallenblase, sich im Körper aufgehalten hatten. **W. v. Brunn** (Rostock).

18) **G. Atkins.** Notes on a case of gangrenous appendicitis.

(Brit. med. journ. 1905. September 30.)

Einem Knaben von 12 Jahren wird 29 Stunden nach dem Beginne der abdominalen Erscheinungen ein brandiger Wurmfortsatz entfernt, der noch nicht in die Bauchhöhle durchgebrochen war. Nach glattem Verlaufe stirbt Pat. am 5. Tag unter großer Unruhe, Delirien und schließlich im Koma. Urin und Atmungsluft rochen süßlich, der erstere zeigte sehr reichlich Azeton. Die am 4. Tage vorgenommene Wiedereröffnung der Bauchhöhle zeigte völlig normale Verhältnisse. Als Todesursache spricht A. eine akute Azetonämie an, die nach neueren Beobachtungen nicht nur beim Diabetes aufzutreten braucht.

W. Weber (Dresden).

19) **A. Cernezzi** (Milano). Sull' ernia dell' appendice vermiforme del cieco.

(Clinica chirurgica Bd. XI. Nr. 4.)

Drei Fälle von Herniotomien, bei welchen der Wurmfortsatz als Bruchinhalt gefunden wurde. In allen Fällen Resektion, Radikaloperation, Heilung. Nur in einem Falle war ein Zustand vorangegangen, der nachträglich als Perityphlitis gedeutet werden mußte. Alle Hernien waren frei. Die Wurmfortsätze wiesen stets makro- und mikroskopisch entzündliche Erscheinungen und ihre Folgezustände auf.

J. Sternberg (Wien).

20) **J. van Dam.** Incarceratie van den processus vermiformis.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1905. I. Nr. 9.)

Nach Bericht über zwei in der Klinik von Prof. Lanz in Amsterdam beobachteten Fällen inkarzerierter Hernien, bei welchen die Operation den Wurmfortsatz im Bruchsacke finden ließ, gibt Verf. eine kritische Besprechung der diesbezüglichen Literatur. Der erste Fall betrifft die Inkarzeration des vollständig obliterierten Wurmfortsatzes. Die mikroskopische Untersuchung ergab nur äußerst geringfügige Entzündungserscheinungen in der Nähe vom Mesenteriolum. Verf. nimmt wohl mit Recht hier eine wirklich primäre Einklemmung des Wurmfortsatzes an. Dieser Fall von Einklemmung eines vollständig verödeten Wurmfortsatzes steht bis jetzt in der Literatur wohl vereinzelt da. Bei dem zweiten Fall — inkarzerierter »Wurmfortsatzschlingenbruch« (Rose) — läßt sich nach Verf. die Frage, ob primäre Inkarzeration oder primäre Appendicitis vorlag, nicht entscheiden.

van D. gibt von seinen Fällen gute Krankengeschichten und deutliche pathologisch-anatomische Beschreibungen, welche späteren Autoren eine kritische Benutzung des von ihm beigebrachten Materiales ermöglichen.

J. H. Zaaijer (Amsterdam).

21) **A. Jehle.** Ein Fall von retrograder innerer Inkarzeration der Appendix.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 40.)

Der Fall betraf einen $5^1/_2$jährigen Knaben, der akut unter Erbrechen und Schmerzen im Bauch erkrankte. 2 Tage danach Laparotomie wegen Annahme einer Appendicitis perforativa. Viel Eiter in der freien Bauchhöhle. Das periphere Ende des Wurmfortsatzes ist in Ausdehnung von $2^1/_2$ cm blauschwarz verfärbt, beträchtlich verdickt und über einem Kotstein an einer stecknadelkopfgroßen Stelle durchbohrt. Mesenteriolum gleichfalls schwarzrot verfärbt, verdickt, Gefäße prall gefüllt und scheinbar thrombosiert. Zentralwärts verschwindet der Wurmfortsatz in einer vom Mesenterium des untersten Ileum gebildeten Bauchfelltasche und tritt, parallel verlaufend, von ganz normalem Umfang und Aussehen, wieder aus, um sich 3 cm höher oben am Blinddarme zu inserieren. Nach Lösung der Inkarzeration Abtragung des Wurmfortsatzes, der zwei seichte Schnürfurchen aufweist. Auftupfen größerer Eitermengen im Douglas und unter der Leber, sowie trüb-serösen Exsudates zwischen den Darmschlingen. Drainage mit Jodoformdochten. Heilung.

Hübener (Dresden).

22) **G. Atkins.** Report on the surgical treatment of chronic gastric ulcer and gastric dilatation by the operation of gastro-jejunostomy and jejuno-jejunostomy.

(Brit. med. journ. 1905. September 30.)

An 20 Fälle von chronischem Magengeschwür und Magenerweiterung, die mit Gastroenterostomie behandelt waren, wurden Fragezettel versandt bezüglich Schmerzen, Erbrechen, Blutbrechen, Gewichtszunahme, ungestörter Berufsausübung. Die Antworten waren äußerst zufriedenstellend. 94% waren frei geblieben von jeg-

licher Beschwerde, 6% waren wesentlich gebessert. Das Geschwür saß unter 20 Fällen 13mal in der Nähe des Pylorus, 6mal in der Nähe der Cardia; 9mal waren mehrfache Geschwüre vorhanden. Der Schmerz kann für die genauere Diagnose von Wert sein: Je eher er nach der Nahrungsaufnahme auftritt, um so näher sitzt das Geschwür der Cardia und umgekehrt. Umschriebener Druckschmerz an der Pylorusgegend spricht für ein Geschwür am Pförtner, ausstrahlender Schmerz nach oben und nach rechts läßt auf Verwachsungen um den Pylorus schließen. Auch das zeitliche Auftreten des Erbrechens nach der Nahrungsaufnahme ist oft abhängig von der Lage des Geschwüres nach Analogie des Einsetzens der Schmerzen. Die hintere Gastrojejunostomie nach v. Hacker ist die Operation der Wahl. Oft fügte A. eine Anastomosierung der beiden Schlingenschenkel hinzu, besonders bei langer, zuführender Schlinge. Zur Diagnose des Sanduhrmagens benutzt Verf. die Aufblähung mit Wasserstoffgas. Zum Schluß bespricht er kurz die Beziehungen der Magenerweiterung zur beweglichen Niere. Die Nahtbefestigung der Niere genügt zuweilen schon, um Magenbeschwerden zu beseitigen, die hervorgerufen sind durch Knickung des Duodenum infolge der gesenkten Niere.

W. Weber (Dresden).

23) **Cumston.** Case of perforation of an ulcer of the duodenum, with remarks on the diagnosis and treatment of this affection.

(Glasgow med. journ. 1905. September.)

Ein 43jähriger Mann, seit einiger Zeit an Schmerzen im Epigastrium leidend, erkrankte am 16. Juni 1903 vormittags mit heftigsten Schmerzen rechts im Bauch. Um 4 Uhr nachmittags Laparotomie: Perforation eines Ulcus duodeni der hinteren Wand. Magen, Colon transversum und Netz werden über den Defekt genäht. Drainage. Nach 48 Stunden zweite Laparotomie wegen allgemeiner eitriger Peritonitis, Spülung mit Kochsalzlösung; Genesung. Pat. ist jetzt, nach 2 Jahren, noch ganz gesund.

Die weiteren Erörterungen über das Leiden im allgemeinen bieten nichts Bemerkenswertes. **W. v. Brunn** (Rostock).

24) **R. Milner.** Über Verengerungen und Verschlüsse des Darmkanales und ihre chirurgische Behandlung.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 43 u. 44.)

Im Anschluß an sechs genauer mitgeteilte, in der Hildebrand'schen Klinik zu Berlin mit Erfolg operierte Fälle — dreimal Tuberkulose, einmal Adenokarzinom des Darmes, ein eingeklemmter brandiger Schenkelbruch, ein Darmverschluß durch Gallenstein — bespricht Verf. die Hilfsmittel, welche bei Wegsamkeitsstörungen im Darme die Herstellung des Abflusses und dann die dauernde Heilung des Grundleidens ermöglichen: Anlegung einer Darmfistel, eines Kunstafters, die Enteroanastomose ohne und mit unilateraler oder totaler, offener oder verschlossener Ausschaltung des kranken Darmteiles (Zeichnungen). Besonders werden die mehrzeitigen Operationen empfohlen. Dagegen spricht sich Verf. gegen das v. Mikulicz'sche Verlagerungsverfahren aus. **G. Schmidt** (Berlin).

25) **T. Muscatello** (Pavia). Intorno alle stenosi tubercolari multiple dell' intestino nei bambini ed alle ostruzioni intestinali da ascaridi.

(Clinica chirurgica 1905. Nr. 1.)

Den folgenden Fall teilt M. aus drei Gründen mit: wegen der Seltenheit der Affektion, wegen der seltenen Komplikation, wegen des seltenen Erfolges der als provisorischen Eingriff gedachten Operation.

Ein $5^1/_2$jähriges Mädchen leidet seit 5 Jahren an Darmerscheinungen: hartnäckiger Verstopfung, welche sich auf Abführmittel löste; dann erschienen im Stuhle zahlreiche Askariden, weshalb späterhin öfters Santonin gegeben wurde. Es traten Perioden von Diarrhöen mit heftigen Schmerzen auf. Seit einem Jahre gehen

weniger Würmer ab, dagegen ist die Verstopfung stärker, besonders in den letzten Wochen; nur Salzklysmen fördern harten Stuhl. Die Bauchschmerzen sind exzessiv, die Anfälle häufig. Nie Fieber, nie Blut im Stuhle. Sehr schlechter Zustand, Bauch aufgetrieben, Darmbewegungen deutlich, rasch, schmerzhaft. Stärkere Resistenz um und über dem Nabel. Am nächsten Tage tritt Brechreiz auf.

Operation unter der Diagnose der tuberkulösen Darmstriktur und Peritonitis, mit der Absicht, als ersten Akt eine Enterostomie auszuführen. Schnitt zur Kolostomie am Blinddarme. Viel Exsudat. Blinddarm, Dickdarm und $^1/_2$ m Dünndarm leer, mit stecknadelkopfgroßen Tuberkelknötchen besetzt. Weiter aufwärts eine Reihe querer Einschnürungen, welche die halbe bis ganze Peripherie umfassen. Auf 1 m Länge sind sechs Stenosen, mattgrau, derb, etwa 1 cm breit, strahlig; mit hyperämischem Hofe. Zwischen den Stenosen gedehnte und hypertrophische Darmwand. Anlegen eines Iliacalafters oberhalb der ersten Stenose, Eröffnung mit dem Thermokauter; nach Abfluß enormer flüssiger Stuhlmengen erscheint ein riesiger Klumpen Askariden, welcher die sonst für den kleinen Finger freie Stenose verlegt hatte. Am 3. Tage der erste spontane Stuhl auf natürlichem Wege, welcher seither regelmäßig funktioniert, die Fistel versiegt. Am 40. Tage Verschluß der Fistel in Narkose. Die Ascitesmenge nahm zusehends ab. Nach 15 Monaten bester Zustand.

Dieser Fall ist der vierte von multiplen tuberkulösen Stenosen bei kleinen Kindern, welche klinisch beobachtet, bzw. operiert wurden. Die Erscheinungen stützen durchaus die von Nothnagel für Erwachsene aufgestellte Symptomatologie. Sehr beachtenswert ist die akute Verlegung der stenosierten Darmlichtung durch die Askariden. Diesen kommt zweifellos eine kausale Bedeutung bei der Bildung der multiplen Geschwüre zu. Wichtig ist endlich die Tatsache, daß die einmalige Eröffnung der Peritonealhöhle genügte, um den peritonitischen Prozeß zum Stillstand und, wie die dauernd normalen Darmfunktionen zeigen, die Darmverengerungen zur Rückbildung zu bringen, so daß die sonst erforderlichen therapeutischen Eingriffe: Resektion oder Anastomose oder Ausschaltung, unnötig wurden.

J. Sternberg (Wien).

26) **Lerda.** Sopra un caso di torsione totale del tenue sul suo mesentere.

(Progresso medico 1905. Nr. 11.)

Ein 55jähriger Mann, der früher nie ernstlich krank war, jedoch öfters an Verstopfung abwechselnd mit Diarrhöe litt, erkrankt plötzlich mit Schmerzen und Spannungsgefühl im Leibe. Nach Verabreichung eines Abführmittels tritt eine rapide Verschlimmerung des Zustandes (Erbrechen usw.) ein, so daß der Kranke am 6. Tage in das Hospital gebracht wird. Hier finden sich alle Zeichen eines schweren Ileus, und es wird sofort — im Hinblick auf den schlechten Zustand des Pat. unter Lokalanästhesie — der Bauch eröffnet. Der Dünndarm erweist sich dabei als um ca. 280° um das Mesenterium (im Sinne des Uhrzeiger) gedreht. Nach Rückwärtsdrehung des Darmes wurde die Anlegung eines Kunstafters notwendig; jedoch starb der Kranke kurz nach diesem Eingriffe.

Verf. glaubt, daß die direkte Veranlassung zu der Torsion die Verabfolgung des Drastikums gewesen sei. **Engelmann** (Düsseldorf).

27) **E. S. Holmgren.** Einige Fälle von Ileus, behandelt mit Atropin.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar N. F. Bd. X. p. 340.)

In den letzten 5 Jahren sind wiederholte Mitteilungen über Atropinbehandlung bei Ileus verschiedenen Ursprunges in der Literatur veröffentlicht. Sich ein Urteil über den Wert des Mittels zu bilden, scheint fast unmöglich, da einige Verff. dasselbe völlig verwerfen, andere es enthusiastisch loben. Das erklärt sich daraus, daß das Mittel völlig kritiklos bei den verschiedensten Formen des Darmverschlusses angewendet worden ist.

Verf. teilt nun vier Fälle aus der Klinik Lennander's mit, wo das Mittel günstige Wirkungen darbot, nachdem operative Maßnahmen versagt hatten.

1) Hernia incarcerata — Herniotomie mit Radikaloperation, Knickungsileus — Laparotomie; dynamischer Ileus — zweite Laparotomie; fortbestehende Darmparalysie — Coecalfistel, alles ohne Wirkung; schließlich Atropin, zuletzt bis 5 mg p. dosi. Nach 5tägigem Bestehen der Ileussymptome völlige Heilung. 2) Ileus unbestimmten Ursprunges — Laparotomie, kein Hindernis, völlige Paralyse, anfangende Peritonitis. Fortbestand der Symptome während 2 Tagen; nach der sechsten Atropininjektion reichliche Darmgasentleerungen und Aufhören des Erbrechens. 24 Stunden Euphorie; wieder Einsetzen der Ileussymptome, erneuerte Atropininjektionen; völlige Heilung.

Die Fälle 3) und 4) sind Darmparalysen aus Infektionen der Peritonealhöhle (Appendicitis perforativa, Abscessus subphrenicus); sie zeigen keine so klaren Symptome, dagegen eine prompte Wirkung des Mittels.

Der Rat des Verf.s geht dahin, daß das Atropin nicht eher gebraucht werden solle, als bis man sich von der Abwesenheit eines mechanischen Hindernisses — oder falls ein solches vorliegen sollte, von dessen Beseitigung — überzeugt hat.

Hansson (Cimbrishamn).

28) **Hirschsprung.** 107 Fälle von Darminvagination bei Kindern.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 5.)

H. gibt den Bericht über die erstaunlich große Zahl von 107 selbst beobachteten Darminvaginationen bei Kindern. Die sonst recht seltene Erkrankung scheint in Kopenhagen und England besonders häufig vorzukommen. Unter den 107 Kindern befanden sich 77 Knaben und 30 Mädchen. Das jüngste Kind war 7 Wochen, das älteste 7 Jahre alt. Ätiologisch spielt chronische Verstopfung eine besondere Rolle. Merkwürdig gering war die Neigung zu Rezidiven. 65 = 60,75% wurden geheilt. Nur selten war Laparotomie notwendig, meist führte Narkose und Taxis zur Heilung; sitzt die Invagination im Dickdarme, so sind Wassereinspritzungen in den Mastdarm sehr wirksam. Ganz evident zeigt sich, daß, je schneller nach Beginn der Krankheitserscheinungen die Therapie eingeleitet wird, desto größer die Heilungsaussichten sind. **Haeckel** (Stettin).

29) **W. Meyer.** Appendicostomy and cecostomy in the treatment of chronic colitis.

(Med. news 1905. August 26.)

Verf. hat bei chronischer Kolitis in vier Fällen die Appendikostomie nach Weir und in einem Falle die Coecostomie wegen der Unmöglichkeit, den Wurmfortsatz zu diesem Zwecke zu gebrauchen, ausgeführt und das Kolon von der Fistelöffnung aus mit Irrigationen behandelt. Die Fälle wurden alle sehr günstig beeinflußt und behielten die Fisteln, weil gerade die Hartnäckigkeit und die Rezidive eine lange Behandlung voraussetzen.

Es handelte sich um Dick- und Mastdarmpapillome, um tuberkulöse Dickdarmulzerationen und sonstige chronische ulzerative Kolitis.

In bezug auf die Technik der Operation ist zu erwähnen, daß bei obliteriertem Wurmfortsatze die Coecostomie an die Stelle treten muß, daß bei sehr weiter Lichtung des Wurmfortsatzes ein Ektropium entsteht. Der Fortsatz selbst wird schräg von oben nach unten in die Bauchdecken eingepflanzt, nachdem er an der Basis mit dem parietalen Blatte des Bauchfelles vernäht ist. Der schräge Verlauf soll die Drainage des Wurmfortsatzkanales aufrecht erhalten. Umgekehrt wird bei weiter Appendix die Einpflanzung vom unteren nach dem oberen Wundwinkel vorgenommen. Die Abtragung der Spitze des Wurmfortsatzes erfolgt erst nach Verschluß der Bauchhöhle. Sodann wird die Sondierung vorgenommen, um möglichst sofort die Coecostomie daran anschließen zu können. Gebrauch eines Katheters beschränkt Verf. auf den Beginn der Behandlung. Die Fistel verursacht keine Unbequemlichkeiten und beeinträchtigt nicht die Ausübung leichter körperlicher Arbeit. Drei Kranke tragen die Fisteln schon über $^1/_2$ Jahr, eine Kranke schon über $2^1/_2$ Jahre, ohne in ihrer Tagesarbeit gestört zu sein.

Hofmann (Karlsruhe).

30) **H. H. Sinclair.** Report of three cases of intestinal anastomosis by Connel's suture.

(New York med. record 1905. February 4.)

An der Hand von drei glücklich verlaufenen Fällen von Enteroanastomosen erklärt S. die Connell'sche Naht (s. d. Bl. 1904 Nr. 15 p. 464) für ein hervorragendes Verfahren und besonders brauchbar in Situationen, wo jegliche andere Spezialinstrumente fehlen. **Loewenhardt** (Breslau).

31) **Childe.** An unusual condition of the large intestine associated with carcinoma in two sisters, together with carcinoma in a third sister.

(Brit. med. journ. 1905. September 30.)

Kurzer Bericht über drei Schwestern im Alter von 30—35 Jahren mit Mastdarmkrebs, der sich bei zweien von ihnen auf der Grundlage alter polypöser Adenome entwickelte mit nachweisbarem histologischen Übergange von gutartiger zu bösartiger Geschwulstbildung. Die Literatur über multiple adenomatöse Polypen des Mastdarmes ergibt eine auffallende Häufung von Fällen in einer Familie, eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes mit 86%, eine Neigung zur krebsigen Umbildung. Verf. entscheidet sich für seine drei Fälle für Annahme einer Infektion auf Grund sehr nahen körperlichen Zusammenlebens. **W. Weber** (Dresden).

32) **v. Eiselsberg.** Zur Frage der Kontinenz nach sakraler Rektumexstirpation.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 38.)

v. E. bevorzugt bei der Amputatio recti im allgemeinen den Anus sacralis (Hochenegg) in Kombination mit der Drehung des Darmes (Gersuny) und hat damit in einer Reihe von Fällen vortreffliche Resultate erzielt, die fast den normalen Verhältnissen gleichkamen. Bei Resektionsfällen hat er sich der verschiedenartigsten Methoden bedient, in letzter Zeit mit sehr gutem Resultate der folgenden:

Nach Entfernung der hochsitzenden Karzinome mit sakraler Voroperation wurde die obere Lichtung durch das vorher seiner Schleimhaut beraubte Analstück (das rückwärts linear gespalten war) heruntergezogen und das Analstück halskrausenartig um dieses Ende genäht. Bei den drei so operierten Pat. war in wenigen Wochen die Heilung einiger ganz kleiner Darmfisteln vollendet, und die Pat. konnten vollkommen kontinent das Spital verlassen. In Anbetracht der Durchschneidung des Sphinkters ist wohl kaum eine sekundäre Stenosenbildung zu gewärtigen. **Hübener** (Dresden).

33) **Ruczynski.** Über einen Fall von Carcinoma coli bei einem 13jährigen Knaben.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 41.)

Es handelte sich um ein ringförmiges Adenokarzinom der Flexura lienalis, das die Darmlichtung bis auf 5 mm Durchmesser einengte und zu ausgedehnten Metastasen in der Leber und den regionären Lymphdrüsen geführt hatte. Der Knabe war 2 Jahre vor seinem Tode mit Schmerzen in der rechten Unterleibsgegend erkrankt; erst einige Wochen vor dem Tode traten Erscheinungen von Darmverengerung auf, die zur Anlegung eines künstlichen Afters Veranlassung gaben.

Gutzeit (Neidenburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 51. Sonnabend, den 23. Dezember. 1905.

Zur Mitteilung von Dr. Johannes Hahn: „Einige Bemerkungen zur Technik der Blinddarmoperation“.

(Zentralblatt für Chirurgie 1905. Nr. 46.)

Von

Dr. Hans v. Haberer,

Assistenten der v. Eiselsberg'schen Klinik in Wien.

Hahn hat kürzlich zur Operation der Appendicitis einen ganz kurzen Schnitt vorgeschlagen, dessen Wesen darin besteht, daß das Peritoneum ohne Muskelverletzung durch die Rectusscheide hindurch in einer Ausdehnung von nur $2^1/_2$ bis 3 cm eröffnet wird. Durch diese kleine Inzision kann nur der linke Zeigefinger eindringen, und obliegt es ausschließlich ihm, die Appendix aufzusuchen, hervorzuholen und event. vorhandene Adhäsionen stumpf zu lösen.

Verf. rühmt seine Methode sowohl für die einfache als die mit Eiterung komplizierte Appendicitis, erklärt, die Appendix bloß dem Gefühle nach mit dem linken Zeigefinger leichter zu finden, als es »in der Regel bei dem auch von ihm früher geübten größeren Schnitt mit den Augen möglich war«.

Es ist mir ganz unverständlich, daß ein einziger tastender Finger ohne Kontrolle des Auges seine Aufgabe leichter erfüllen soll, als dies bei großem Schnitt durch Zusammenwirken von Auge und Hand möglich ist. Ganz abgesehen davon glaube ich, daß der Schlußsatz des Aufsatzes: »Die Vorteile des kleinen Schnittes durch die Rectusscheide sind, ganz abgesehen von der Übersichtlichkeit der exakten Schichtnaht, so in die Augen springend, daß ich mir hier jedes weitere Wort zur Empfehlung sparen kann« von den meisten Lesern dieses Aufsatzes ebensowenig gebilligt werden kann, wie von mir.

Als Gründe hierfür möchte ich folgende geltend machen: Handelt es sich um eine Frühoperation, so muß die Methode Hahn's absolut verworfen werden; denn in Anbetracht der Tatsache, daß wir durch die klinischen Symptome in keiner Weise über die Art und Schwere der anatomischen Läsion Aufschluß erhalten, könnte durch ein so blindes Vorgehen, wie es Hahn fordert, eine bereits vorbereitete Perforation der Appendix komplett und dadurch ein relativ einfacher Fall in einen sehr komplizierten, für den Pat. mit Lebensgefahr verbundenen verwandelt werden.

Noch gefährlicher würde sich Hahn's Methode in den Händen derer gestalten, welche im sog. intermediären Stadium die Radikaloperation auszuführen pflegen. Wie viel Unheil dabei durch das ganz blinde und daher planlose Lösen von Adhäsionen angerichtet werden kann, darüber brauche ich mich wohl kaum zu verbreiten.

Zur einfachen Abszeßinzision reicht wohl ein kleiner Schnitt aus. Aber auch dabei ist der Hahn'sche Schnitt entsprechend der gewöhn-

lichen Ausbreitung dieser Abszesse unzweckmäßig, da eine seitliche Inzision entschieden günstigere Abflußbedingungen schafft.

Bei diffuser Peritonitis wird der Hahn'sche Schnitt weder bei den Anhängern der peritonealen Spülung, noch denen der einfachen Drainage Anklang finden können. Für beide Methoden, sollen sie Zweck und Sinn haben, brauchen wir größere Schnitte. Höchstens bei moribunden, d. h. also eigentlich inoperablen Pat. könnte eine knopflochförmige Inzision einmal in Frage kommen, wäre aber dann entschieden dort auszuführen, wo sie sich am leichtesten und in kürzester Zeit ausführen läßt, d. h. in der Linea alba.

Aber auch für die Intervalloperation kann Hahn's Methode kaum in Betracht kommen. Jeder erfahrene Chirurg kennt genug Fälle, bei welchen sich nach einem schweren Anfalle die Appendixresektion äußerst schwierig gestaltete. Durch Hahn's Methode würde man in vielen solchen Fällen die Appendix überhaupt nicht finden, in anderen durch das unkontrollierbare Zerreißen derber Adhäsionen sehr leicht schwere Nebenverletzungen (Darm, Blase) setzen.

Daß endlich Hahn durch sein Vorgehen Wundverhältnisse schafft, welche das Auftreten postoperativer Komplikationen (Adhäsionsbeschwerden, Darmstenose) begünstigen, liegt auf der Hand. Ich glaube somit, wir bleiben bei den alten bewährten, größeren Schnitten.

---

1) **Waldeyer.** Die menschliche Anatomie in ihren Beziehungen zu anderen Wissenschaften und ihre Aufgaben für die Zukunft.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1905. Nr. 10 u. 11.)

Bei der Bedeutung der Anatomie für die Chirurgie, »bei deren Arbeit die Anatomie gleichsam die Führung des Messers zu übernehmen hat« und in Anbetracht der vielfachen gegenseitigen Anregung beider Disziplinen sei auch in diesem Blatte auf W.'s Vortrag, der 1904 in St. Louis gehalten wurde, hingewiesen.

Gutzeit (Neidenburg).

---

2) **v. Baumgarten** und **Tangl.** Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. 18. Jahrgang 1902.

Leipzig, **S. Hirzel,** 1905.

Das Erscheinen der zweiten Abteilung des vorliegenden 18. Bandes des unentbehrlich gewordenen Jahresberichts ist laut Mitteilung der geschätzten Herausgeber leider verzögert worden durch verschiedene Umstände, unter welchen das starke Anwachsen der Literatur über pathogene Mikroorganismen überhaupt, insbesondere aber derjenigen über pathogene Protozoen nicht in letzter Linie stand. So füllt das von Lühe (Königsberg) erstattete Referat über die einschlägige Protozoenliteratur des Jahres 1902 allein über 15 Druckbogen des diesmaligen Berichtes (750 Arbeiten).

Die Herren Herausgeber haben alle Vorkehrungen für eine raschere Fertigstellung der kommenden Berichte zu treffen gesucht, ohne sie deshalb des Vorzuges berauben zu wollen, den Lesern eine möglichst vollständige und übersichtliche Wiedergabe des wesentlichsten Inhaltes der die Pathologie betreffenden bakteriologischen Weltliteratur von Jahr zu Jahr zu übermitteln.

Der Bestand der Mitarbeiter ist gegen den vorjährigen Bericht um 10 gewachsen, die Seitenzahl des diesjährigen Berichtes beträgt 1364 gegen 1114 im Vorjahre, die Zahl der referierten Arbeiten 3314 gegen 3151.

Hübener (Dresden).

---

3) **E. Rotter.** Die typischen Operationen und ihre Übung an der Leiche. 7. Aufl. 433 S. Mit 136 Abbildungen.

München, **J. F. Lehmann,** 1905.

Die bewährten Grundsätze, welche für die Bearbeitung der früheren Auflagen des Buches maßgebend waren, haben den Verf. auch bei der Herausgabe des jetzt vorliegenden geleitet, die der vorhergehenden im Abstande von 5 Jahren gefolgt ist. Die praktisch wichtigen Fortschritte innerhalb dieses Zwischenraumes sind berücksichtigt, insbesondere sind die Appendicitisoperationen und ihre Indikationen eingefügt, die Zahl der Abbildungen ist um 21 vermehrt. Von wesentlichen Errungenschaften fehlen zum Teil schon länger bekannte, z. B. Überpflanzung ungestielter Hautlappen nach F. Krause, Gastrostomie nach Witzel, Marwedel, Kader, Jejunostomie. Eine Kautschuk- oder Elfenbeinkanüle zur intravenösen Infusion, welche p. 51 empfohlen wird, dürfte jetzt kaum noch verwandt werden, ebensowenig ein antiseptischer Spray im aseptischen Operationsbetrieb (p. 317). Vielfach sind Druckfehler stehen geblieben.

Durch seine rasch orientierenden anatomischen Vorbemerkungen und Abbildungen, seine knappe und präzise Anleitung zu den Operationen wird das Werk, das nun schon 18 Jahre an der Aus- und Fortbildung zahlreicher Ärzte mitgearbeitet hat, auch in der neuen Auflage vielen ein schneller und zuverlässiger Berater bei Operationen an der Leiche sowie in der Feld- und Friedenspraxis sein.

Gutzeit (Neidenburg).

4) **Hoffa.** Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. 5. Aufl. 870 Fig. 880 S.

Stuttgart, **F. Enke,** 1905.

5) **Hoffa** und **Blencke.** Die orthopädische Literatur. 446 S.

Stuttgart. **F. Enke,** 1905.

Nach kaum 3 Jahren ist wiederum eine neue Auflage der H.'schen Orthopädie erschienen, welche — wie die Vorgänger — uns ein genaues Bild dieses Spezialfaches bringt. Neben der ausführlichen Berücksichtigung der neuesten Literatur ist eine Fülle eigener Erfahrung dem Verf. bei der Umarbeitung der einzelnen Kapitel zu gute ge-

kommen. Auch äußerlich ist durch übersichtlicheren Druck dem beliebten Buch ein neues Gewand gegeben. Dadurch ließ sich auch trotz Vermehrung der Figuren um 60 und ausführlichere Darstellung des Textes die Seitenzahl herabsetzen.

Ganz besonders ist es zu begrüßen, daß H. dem schon vielfach ausgesprochenen Wunsche, die benutzte Literatur mitzuteilen, gerecht geworden ist. Bei der Fülle des Materiales mußte er jedoch davon absehen, die Literatur hinter jedem Kapitel zu bringen. Hierdurch erklärt es sich auch, weshalb Verf. in den früheren Auflagen davon absehen mußte. In einem stattlichen Anhangsbande, welcher reichlich die Hälfte der Seitenzahl des Lehrbuches zeigt, hat er mit Unterstützung seines früheren Assistenten Blencke-Magdeburg die gesamte orthopädische Literatur, geordnet nach den Kapiteln des Lehrbuches, niedergelegt. Mit außerordentlichem Fleiß ist alles Material gesammelt und gesichtet. Dieser Anhangsband bildet eine besondere Bereicherung unserer Literatur und wird sich in Verbindung mit der neuen Auflage des Lehrbuches wieder viele Freunde erwerben.

Drehmann (Breslau).

---

6) **L. de Mélier de Labarthe.** Le celluloid en orthopédie. 168 S. 103 Fig.

Paris, **Vigot frères,** 1905.

Verf. bringt in einer breiten Monographie eine Beschreibung der Technik der orthopädischen Verbände, die er sämtlich als Zelluloidverbände hergestellt wissen will. Eine bis auf Hippokrates zurückführende Geschichte der orthopädischen Technik beginnt die Arbeit. Daran schließt sich, die erste Hälfte des Buches einnehmend, die mehr als ausführliche Schilderung der Herstellung des Gipsmodelles. Die zweite Hälfte bringt die bis ins kleinste gehende Beschreibung der einzelnen Arten der Zelluloidapparate. Neu für den deutschen Leser ist in der ausgedehnten Monographie nur, daß Calot, welcher uns durch den Versuch, das Eindrücken des spondylitischen Buckels in die wissenschaftliche Medizin einzuführen, bekannt ist, die Celluloid-Azetonverbände zu derselben Zeit wie Landerer und Kirsch angegeben hat. Dagegen vermissen wir in dem sehr ausführlichen Literaturverzeichnis die beiden genannten Autoren.

Drehmann (Breslau).

---

7) **W. v. Brunn.** Zur Krankenpflege in der Chirurgie. 14 S.

(Sonderabdruck aus: Zeitschrift für Krankenpflege 1905. Nr. 7—10.)

Verf. hat in dieser kleinen Schrift eine bis ins einzelne gehende Anweisung für das im Operationssaale zur Verwendung gelangende Krankenpflegepersonal zu geben versucht; insbesondere werden die in Betracht kommenden Instrumente im weitesten Sinne, soweit das Personal sie kennen muß, nach Bau und Zusammensetzung, Verwendung, Reinigung und Instandhaltung besprochen. (Selbstbericht).

---

8) **Boise.** Post-operative vomiting.

(Surgery gynecology and obtetrics etc. Chicago 1905. Nr. 1.)

Verf. betont, daß man größere Sorgfalt auf die Vorbereitung des Kranken vor Operationen verwenden, insbesondere seinen allgemeinen Nervenzustand durch bessere allgemeine Ernährung heben, den Magen lokal durch Ausspülen besser vorbereiten müsse usw. Nach der Operation legt Verf. Wert auf Kochsalzeinläufe in den Mastdarm. Überdies glaubt er durch Einatmen von Essigdämpfen und durch innerliche Verabreichung von Wismut die Neigung zum postoperativen Erbrechen herabsetzen zu können. **Heile** (Wiesbaden).

---

9) **Tidionsen.** Über Fieber und Fiebermessung und kein Ende.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 2.)

Verf. spricht warm zugunsten der Temperaturmessung im Munde und gibt bis ins einzelne die Kautelen an, welche bei diesem Vorgehen zu beachten sind. Zahlreiche Kurven und Tabellen illustrieren die Ausführungen des Verf. Besonders beachtenswert erscheinen dem Ref. die Bemerkungen des Verf. über die zahlreichen Mißbräuche und groben Fehler, die vielfach beim Messen der Temperatur begangen werden. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

10) **E. Joseph.** Einige Wirkungen des natürlichen Odems und der künstlichen Ödemisierung. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 40.)

In ähnlicher Weise, wie das natürliche Ödem nach bakteriellen Infektionen das von den Erregern derselben erzeugte Gift durch Verdünnung desselben ungefährlich macht, wirkt auch das künstlich hervorgerufene Stauuungsödem entgiftend. Dies bewiesen dem Verf. Versuche, bei denen er Kaninchen, welchen er an der Hinterpfote 12 Stunden lang gestaut hatte, 10 Minuten nach Abnahme der Staubinde in den ödematösen Oberschenkel eine beim Kontrolltier rasch tödliche Dosis von Strychnin (0,004 g) einspritzte; die Vergiftung trat später und milder ein, so daß die Tiere, bis auf eines, am Leben blieben. (Nur bei wesentlich höherer Strychnindosis gingen die Versuchstiere zugrunde, weil trotz der Verdünnung durch die Ödemflüssigkeit immer noch die tödliche Dosis resorbiert wurde.) Zu dieser direkten, diluierenden Wirkung des Ödems kommt noch eine indirekte, resorptionshemmende infolge der Störung der Zirkulation durch die Raumbeengung und die durch die Ödemflüssigkeit verursachte Anämie. Wird die Stauungsflüssigkeit durch Suspension des Gliedes wieder in die Saftbahnen zurückgeführt, so wird zwar die nähere und weitere Umgebung des Infektionsherdes entgiftet, aber der ganze Körper mit toxischen Substanzen überschüttet, so daß dann oft hohe Temperaturen

eintreten, bis sich der Organismus, der viel größere Dosen eines Giftes in dünner Aufschwemmung als in konzentrierter Form verträgt, an die toxische Wirkung gewöhnt hat. Neben dem günstigen Einfluß auf die Erreger und ihre Gifte gewährt die künstliche Ödemisierung noch den Vorteil einer einfacheren und sanfteren Wundbehandlung, da die in entzündliches Gewebe gesetzten Wunden nach Ausschwemmung des nekrotischen Gewebes, von Zelltrümmern und Entzündungstrümmern durch den Abfluß seröser Flüssigkeit von selbst offen bleiben, eine Tamponade der Wunden mit ihren nachteiligen Wirkungen auf die Sehnen usw. auf diese Weise vermieden wird.

Kramer (Glogau).

---

11) **A. Hofmann.** Veränderungen im Granulationsgewebe fistulöser fungöser Herde durch Hyperämisierung mittels Saugapparate. (Aus der kgl. chirurgischen Klinik in Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 39.)

Wie die mikroskopische Untersuchung des Granulationsgewebes fistulöser fungöser Lymphome und Knochenherde, sowie des bei dem Saugen in den Schröpfkopf gelangten Extravasats zeigt, wird durch die Saughyperämie das Granulationsgewebe von Leukocyten und Bakterien förmlich ausgewaschen; die Gefäße erweitern sich, die Leukocyten in und außerhalb derselben, die Mikroorganismen schwinden. Die an und für sich dem Heilungsvorgange nicht günstige Entfernung der weißen Blutkörperchen wird durch das Neuerscheinen derselben aus den dilatierten Gefäßen schnell ausgeglichen. Im Verlaufe der Saugbehandlung erstarkt die Gefäßwand an bindegewebigen Elementen, treten zahlreiche Gefäßsprossen auf, verändern sich auch die Granulationszellen in spindelige Zellen, und kommt es auf diese Weise zur Ausheilung.

Kramer (Glogau).

---

12) **Landmann.** Gelatine und Blutgerinnung.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 5.)

L. wendet sich gegen Kaposi, der für die Erklärung der Wirkung der Gelatine die Hypothese aufgestellt hatte, daß die Gelatine vielleicht die roten Blutkörperchen veranlasse, Fibrinferment oder dessen Zymogen abzugeben; Kaposi hatte ferner behauptet, daß die Gelatine nicht im Autoklaven, sondern nur bei 100°, und zwar nur an fünf aufeinander folgenden Tagen je $1/2$ Stunde, also fraktioniert sterilisiert werden dürfe. L. zeigt durch eine Anzahl Tierversuche, daß ein Antagonismus zwischen Hirudin und Gelatine nicht besteht, und daß Kaposi's Versuche nicht geeignet sind, die Wirkungslosigkeit der Gelatose als Blutstillungsmittel darzutun. Er warnt vor der Verwendung aller fraktioniert sterilisierten Gelatinelösungen, da sie keine völlige Sicherheit für absolute Sterilität bieten.

Haeckel (Stettin).



13) **M. Chérie-Ligniere** (Parma). Contributo sperimentale allo studio della protesi dei vasi coi metalli riassorbibili.

(Clinica chir. Bd. XI. Hft. 1.)

Die Kritik der bisherigen Versuche, eine Gefäßnaht ohne Obliteration der Lichtung auszuführen, ergibt, daß alle Methoden überaus schwierig und die Erfolge immerhin problematisch bleiben. Es kann nur Payr's Vorgehen empfohlen werden. Eine Reihe diesbezüglicher Kontrollversuche ergab Ch.-L. folgende Resultate:

Die Vereinigung der Stümpfe eines quer durchschnittenen Gefäßes ist nach Payr möglich und bietet dann hohem Blutdruck Widerstand. Die Vereinigung beginnt schon nach 12 Stunden. Die Lichtung bleibt weit, oder es bilden sich höchstens wandständige Thromben, welche auf die Funktion keinen nachteiligen Einfluß ausüben. Nach 20 Tagen sind die Zylinder resorbiert. Wenn auch primäre Blutungen nicht erfolgen, so schützte die Methode doch nicht vor sekundären.

J. Sternberg (Wien).

14) **Halsted.** The partial occlusion of blood-vessels, especially of the abdominal aorta. Preliminary report.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1905. Oktober.)

H. hat sich bemüht, ein Verfahren zu finden, das in solchen Fällen, wo eine Verringerung des arteriellen Zuflusses erwünscht, die Unterbindung der Arterie aber kontraindiziert ist, eine Verengerung der Gefäßlichtung gestattet. Er hat zahlreiche Versuche an der Aorta abdominalis von Hunden unternommen und einen zylinderförmig gebogenen Silber- bzw. Aluminiumstreifen verwendet, der um das Gefäß gelegt und mehr oder minder stark zusammengebogen wurde.

Thrombose trat nicht ein. Bei festem Zusammenziehen kam es zu Atrophie der Aortenwand und bindegewebigem Abschluß der Gefäßlichtungen. War der Verschluß weniger fest, so legte sich die Intima fest zusammen, ohne aber, abgesehen von drei Ausnahmen, zu verwachsen; lag das Metallband an der Arterie, so konnte man kein Wasser durch die Stenose spritzen; wurde es entfernt, so dehnte sich das Gefäß zu seiner normalen Weite wieder aus. Weniger fest angelegte Metallzylinder konnten an der Aorta, den Femoralarterien und Carotiden monatelang liegen, ohne die Arterienwand irgendwie zu schädigen.

Zweimal wandte H. das Verfahren am Menschen an. Im ersten Falle wurde das Band an die Carotis communis angelegt — Indikation, Alter des Pat. und weitere Angaben sind nicht notiert. Mehrere Monate bestanden noch leichte Hirnerscheinungen, die auf eine vielleicht etwas zu starke Konstriktion hinwiesen, aber auch wahrscheinlich machten, daß die Unterbindung höchst gefahrvoll gewesen wäre. Der zweite Kranke, eine Frau mit Aneurysma des Arcus aortae, welcher H. ein Metallband proximal vom Aneurysma anlegen wollte, starb vor Beendigung des Eingriffes auf dem Operationstische.

W. v. Brunn (Rostock).

15) **Knapp.** Die Geschwülste des rechten und linken Schläfenlappens. 134 S.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1905.

Verf. gibt in seiner dem Andenken Wernicke's gewidmeten Studie einen wertvollen Beitrag zur Kasuistik und Diagnostik der Schläfenlappengeschwülste. Zehn ausführlich wiedergegebene Krankengeschichten bilden die Grundlage der Arbeit, in der K. besonders auf die Wichtigkeit der Fernsymptome, auch indirekte Herd- und Nachbarschaftssymptome genannt, für die Lokaldiagnose der Hirngeschwülste im allgemeinen und für die Schläfenlappengeschwülste im besonderen hinweist und die er im einzelnen kritisch durchspricht. In dem Nachweis einer charakteristischen Gesetzmäßigkeit dieser Symptome sieht er die einzige Möglichkeit, auch die Geschwülste indifferenter Hirnregionen, deren Erkrankung mit keinerlei Ausfallserscheinungen — Herdsymptomen — verbunden ist, der Diagnose und operativen Therapie zugänglich zu machen. Er berichtet über einen Fall, wo auf Grund dieser Fernsymptome die genauere Ortdiagnose und damit die erfolgreiche Exstirpation einer Geschwulst des indifferenten rechten Temporallappens zum erstenmal gelungen ist. Allerdings wies auch rechtsseitiger Kopfschmerz und Klopfempfindlichkeit des rechten Scheitelbeines auf die rechte Seite hin, doch gebührt K. immerhin das Verdienst, den Schläfenlappen als Sitz der Geschwulst erkannt zu haben.

Während für den linken Schläfenlappen, im besonderen für die Wernicke'sche Stelle, die sensorische Aphasie, speziell die verbale bezüglich litterale Paraphasie, ein sicheres lokales Diagnostikum ist, besitzt der rechte kein derartiges Lokalsymptom. Deshalb sind für diesen Hirnteil die von K. für die Schläfenlappen aufgestellten Nachbarschaftssymptome von besonderem diagnostischem Werte. Sie betreffen vornehmlich das Gebiet des Oculomotorius und werden im einzelnen von K. folgendermaßen formuliert: Spät auftretende, rezidivierende, partielle Oculomotoriuslähmung, besonders gleichseitige Ptosis oder Mydriasis mit gestörter Pupillenreaktion findet sich bei Hirngeschwülsten am häufigsten, wenn die Geschwulst im Schläfenlappen sitzt. Entsteht durch Hinzutreten einer gekreuzten Hemiparese eine sog. Hemiplegia alternans superior bei einer schon längere Zeit bemerklichen Hirngeschwulst, so wird die Wahrscheinlichkeit der Diagnose Schläfenlappengeschwulst größer. Fast sicher wird sie, wenn »ein scheinbar zerebellarer Symptomenkomplex« sich zur Hemiplegia alternans hinzugesellt. **Müller** (Dresden).

---

16) **Gradenigo.** Sur un syndrome particulier de complications endocraniennes otitiques: Paralysie de l'abducteur d'origine otitique.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. Août.)

Schon früher sind vereinzelte Fälle beschrieben worden, bei denen im Verlauf einer akuten Otitis media plötzlich eine isolierte Abducens-

lähmung derselben Seite auftrat. Eine ausreichende Erklärung für diese eigentümliche Erscheinung fehlte leider. G. hat nun alle bisher bekannten derartigen Fälle gesammelt und seine eigenen einschlägigen Beobachtungen hinzugefügt. Besonders auf Grund der letzteren kommt er zu dem Schluß, daß in solchen Fällen die Abducenslähmung durch eine umschriebene Meningitis in der Gegend der Spitze der Schläfenbeinpyramide bedingt ist. Diese kommt in der Regel zur Heilung, in zwei von den Fällen aus G.'s Zusammenstellung bildete sie jedoch den Ausgangspunkt für eine diffuse, tödlich verlaufende Meningitis.

Das Auftreten einer isolierten Abducenslähmung im Verlauf einer Otitis media ist deshalb stets als ernstes Symptom aufzufassen, das uns mahnt, die Eiterretention in den Mittelohrräumen so schnell wie möglich zu beseitigen. **Hinsberg** (Breslau).

17) **Bellin.** Étude sur l'anatomie des cellules mastoidiennes et leurs suppurations.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. Avril.)

Ausgehend von der Beobachtung, daß nicht allzu selten anormal gelagerte Warzenfortsatzzellen bei der Operation übersehen werden und nun entweder die Heilung verzögern oder noch nachträglich zu intrakraniellen Komplikationen führen, bespricht B. zunächst ausführlich die normalen anatomischen Verhältnisse des Warzenfortsatzes, dann die verschiedenen Variationen (8 Abbildungen). Ein zweites Kapitel ist der Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der akuten Mastoiditis gewidmet. **Hinsberg** (Breslau).

18) **Lombard.** Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du mastoidites; la trainée cellulaire antro-apexienne.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1905. Mars.)

L. macht auf das Vorkommen von Zellen an der medialen Seite der Warzenfortsatzspitze aufmerksam, die, wenn sie gegen die oberflächlichen Zellen durch eine gesunde Knochenschicht abgegrenzt sind, bei der Operation leicht übersehen werden können. Man muß ihre Lage kennen, um sie event. systematisch aufzusuchen.

Hinsberg (Breslau).

19) **Brieger.** Les suppurations du labyrinthe.

(Ann. des malad. du l'oreille 1904. Août.)

B. gibt im vorliegenden, dem VII. internationalen Otologenkongreß erstatteten Referat eine sehr klare, übersichtliche Schilderung unserer heutigen Kenntnisse von den Labyrintheiterungen.

So weit diese die Ätiologie und pathologische Anatomie betreffen, können sie als ziemlich abgeschlossen betrachtet werden. Die Labyrintheiterungen entwickeln sich fast stets sekundär im Anschluß an eine Otitis media, meist chronica, seltener acuta. Durch Einschmelzung der das mittlere vom inneren Ohr trennenden Knochenwand wird eine

direkte Kommunikation zwischen beiden, die den Bakterien als Eingangspforte dient, geschaffen. Prädilektionsstellen für einen derartigen Durchbruch bilden die Fenster, vor allem der ovale und der horizontale Bogengang. Die Infektion kann sich in den Labyrinthhohlräumen mehr oder weniger schnell ausbreiten oder aber durch Adhäsionsbildung auf die Gegend der Einbruchsstelle beschränkt bleiben.

Die Symptome der Otitis interna sind manchmal sehr charakteristisch: Gleichgewichtsstörungen, Nystagmus, Hörstörungen, nicht selten aber, besonders in chronischen Fällen, wenig auffallend. Die Diagnostik der Erkrankung ist noch nicht auf der Höhe und bedarf noch weiteren Ausbaues. Häufig können wir das Erkranktsein des Labyrinths erst bei der operativen Freilegung der Mittelohrräume feststellen. Die Labyrintheiterungen sind stets als ernste Erkrankungen anzusehen, da sie häufig zu Kleinhirnabszeß oder Meningitis führen.

Manchmal heilt die Erkrankung des Labyrinths nach Eröffnung der Mittelohrräume spontan aus. Ein chirurgischer Eingriff am Labyrinth ist nach B. jedoch indiziert, wenn Labyrinthsymptome erst nach der Mittelohroperation auftreten, oder wenn sie vorher vorhanden waren, nicht durch sie beseitigt werden. Ferner, wenn meningitische Symptome ein Übergreifen auf die Schädelhöhle ankünden, oder bei Komplikation durch Kleinhirnabszeß.

Das Prinzip der Behandlung beruht auf möglichst ausgedehnter Eröffnung der sämtlichen Hohlräume des inneren Ohres. Am Ostium erweitert man zunächst das vordere Fenster mit Meißel oder Fräse nach unten zu (oben liegt der Facialis), um dann eine Gegenöffnung im horizontalen Bogengang anzulegen, event. unter Benutzung einer vorhandenen Fistel.

Manchmal muß auch die Schnecke vom Promontorium aus eröffnet werden. Die Labyrinthfreilegung erzielt, wenn nicht vor der Operation eine Meningitis vorhanden war, meist Heilung, manchmal auch noch in Fällen mit Hirnhautentzündung.

Der Eingriff selbst ist, wie Ref. auf Grund eigener Erfahrungen hinzufügen möchte, ungefährlich, sofern er sachgemaß ausgeführt wird.

Hinsberg (Breslau).

---

20) **v. Stein** (Moskau). Sur le diagnostic et le traitement des suppurations du labyrinthe.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1905. Janvier.)

Die Diagnostik der Labyrintheiterungen, die bisher zum Teil noch recht viel zu wünschen übrig ließ, ist durch die vorliegende Arbeit v. S.'s (Referat auf dem VII. internationalen Otologenkongreß zu Bordeaux) wesentlich gefördert worden. Während in einem Teile der Fälle von Labyrinthitis auch früher schon auf Grund deutlich ausgeprägter Symptome, vor allem von manifesten Gleichgewichtsstörungen, die Diagnose leicht zu stellen war, schienen diese charakteristischen und für die Diagnose ausschlaggebenden Störungen in anderen Fällen ganz zu fehlen. v. S. ist es nun mit Hilfe sehr eingehender Unter-

suchungen gelungen, auch bei diesen »latenten« Labyrintheiterungen das Vorhandensein dieser Symptome nachzuweisen.

Er geht dabei so vor, daß er die zu untersuchenden Personen teils mit geöffneten, teils mit verbundenen Augen eine ganze Reihe von Gang- und Hüpfbewegungen ausführen läßt, wie z. B. Vor- und Rückwärtsgehen, Vor- und Rückwärtshüpfen, Seitwärtshüpfen usw., und zwar entweder auf einem, oder auf beiden Füßen. Ferner wird das Verhalten bei Stehen, Wendungen, Rumpfbeugungen in verschiedener Richtung geführt. Besonders bei den Hüpfbewegungen mit geschlossenen Augen kommen nun auch bei Individuen, die im gewöhnlichen Leben keine Spur von Gleichgewichtsstörungen zeigen, oft deutliche Störungen zum Vorschein. Um diese zu fixieren und demonstrierbar zu machen, läßt v. S. die Pat. mit geschwärzter Fußsohle über Papierstreifen gehen bzw. hüpfen. Die Arbeit enthält eine Reihe von so gewonnenen »Ichnogrammen« von 5 pathologischen Fällen. Die Untersuchung wird vervollständigt durch Prüfung des Verhaltens auf der Drehscheibe (Auftreten von Nystagmus und Schwindelerscheinungen) und auf dem »Goniometer«, einem Apparate, durch den sich feststellen läßt, bei welcher Neigung der Standebene gegen die Horizontale der Pat. noch das Gleichgewicht zu erhalten vermag. Nach v. S.'s Erfahrungen vertragen Labyrinthkranke einen geringeren Neigungswinkel als Gesunde.

v. S. unterscheidet verschiedene Formen von Labyrintheiterungen: Paralabyrinthitis, wenn nur die knöcherne Kapsel erkrankt ist, Perilabyrinthitis bei Infektion des perilymphatischen Raumes, und Panlabyrinthitis bei Erkrankung des ganzen inneren Ohres. Nur bei den beiden letzten Formen sehen wir nach v. S. Gleichgewichtsstörungen.

Handelt es sich um nekrotische Prozesse mit Sequesterbildung, so rät v. S., die Sequester nicht gewaltsam zu entfernen, da man sonst event. Verletzungen der Carotis interna riskiere.

Bei Panlabyrinthitis ohne Nekrose sind die Hohlräume des Labyrinthes zu eröffnen. Bei Perilabyrinthitis ist dieser Eingriff nicht indiziert.

Hinsberg (Breslau).

---

21) **A. af Forselles.** Die Bedeutung der Abducenslähmung bei Otitis media.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVII. p. 136. [Schwedisch.])

Die Kenntnis der Komplikationen der eitrigen Mittelohrentzündung ist in den letzten Dezennien eine immer größere geworden. Die extraduralen und subduralen Abszesse, die Gehirnabszesse, die Sinusphlebitis, die Sinusthrombose und zuletzt die otitische Meningitis werden vom Verf. einleitungsweise der Reihe nach erwähnt; eine neue Krankheitsgruppe, von der Verf. einen wohlbeobachteten Fall mitteilt, ist die in der Überschrift genannte. Im Anschluß hierzu liefert er eine Zusammenstellung der früheren in der Literatur mitgeteilten ähnlichen Fälle, deren Einzelheiten er eingehend analysiert. Die Schlüsse, zu denen Verf. dabei kommt, sind folgende.

Im Verlaufe einer eitrigen, in den meisten Fällen akuten Mittelohrentzündung tritt unter schwerem Kopfweh, das meistens in die Temporal- und die Parietalgegend ausstrahlt, Paralyse oder Parese des Abducens der gleichnamigen Seite ein. In einigen Fällen folgt Tod an eitriger Meningitis, die meisten Fälle dagegen gehen, mit oder ohne Operation, in Heilung über.

Aller Wahrscheinlichkeit nach handelt es sich um eine Meningitis, und zwar aus einer bis an die Spitze des Felsenbeins fortgeleitete Infektion, obschon die aus den Lehrbüchern bekannten sog. meningealen Symptome nicht selten fehlen oder nur wenig ausgeprägt sind.

Therapeutisch ist unter allen Umständen Trepanation des Warzenfortsatzes angezeigt, und, wenn diese in den nächsten Tagen nicht ausreichen sollte, die Freilegung der Schädelhöhle in der Fossa media.

Hansson (Cimbrishamn).

---

22) **Toubert.** Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections mentales concomitantes.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. May.)

T. teilt eine Reihe von interessanten Beobachtungen mit, bei denen eine Psychose kurze Zeit nach der operativen Beseitigung einer Ohreiterung ebenfalls ausheilte. Wenn es sich vielleicht auch in einem Teile der Fälle um ein zufälliges Zusammentreffen gehandelt haben kann, so ist diese Annahme nach T. doch kaum für alle zutreffend. Eine Erklärung des Zusammenhanges ist allerdings mit Sicherheit nicht zu geben. T. glaubt, am ehesten eine Reflexwirkung vom Ohr aus aufs Gehirn annehmen zu dürfen. Praktisch ist aus den vorliegenden Beobachtungen zu folgern, daß Ohreiterungen bei Geisteskranken ebenso energisch, event. operativ, behandelt werden müssen, wie bei Geistesgesunden. **Hinsberg** (Breslau).

---

23) **Jourdin.** Les lésions du canal carotidien et les hémorrhagies de la carodite interne dans les caries du rocher.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. Novembre.)

Arrosionen des Carotiskanales und der Carotis interna selbst durch kariöse Prozesse am Schläfenbein sind häufiger, als man nach den Angaben in den otiatrischen Lehrbüchern annehmen konnte. J. gelang es, 54 derartige Fälle aus der Literatur zu sammeln, die, neben drei eigenen Beobachtungen, das Material für die vorliegende Arbeit bilden.

Als wichtigstes Resultat der sehr eingehenden Betrachtungen über die anatomischen Verhältnisse, Ätiologie usw. sei hervorgehoben, daß die Diagnose der Carotisarrosion in den seltensten Fällen zu stellen ist, ehe die Blutung erfolgt. Prognostisch sind die Ohrblutungen infolge von Arrosion der Carotis sehr ungünstig: Bei rechtzeitiger Unterbindung der Carotis betrug die Mortalität 42%, ohne diesen Eingriff gingen alle Pat. zugrunde.

Als zweckmäßigste Therapie schlägt J. Freilegung der arrodierten Stelle des Gefäßes durch Radikaloperation vor, event. kombiniert mit Carotisunterbindung. **Hinsberg** (Breslau).

24) **Caboche.** Sur le traitement post-opératoire de l'évidement pétramastoïdien par les insufflations de l'acide borique; et sur la résection immédiate de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif membraneux.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. Juilet.)

C. empfiehlt, wie schon vor ihm Semon, die durch die Radikaloperation gesetzte Wundhöhle nur unmittelbar nach der Operation zu tamponieren, vom ersten Verbandwechsel ab jedoch nur noch mit Borsäurepulver auszufüllen. An Stelle der verschiedenen Gehörgangsplastiken empfiehlt er, die hintere häutige Gehörgangswand bei der Operation zu resezieren. Nach C.'s Erfahrungen wird die Epidermisation der Wundhöhle dadurch beschleunigt; außerdem ist diese Art der Nachbehandlung für den Pat. angenehmer als die lange fortgesetzte Tamponade. Bei 13 so behandelten Fällen wurde 12mal Heilung erzielt, 1mal blieb die Epidermisation der Höhle, die sich immer wieder mit Granulationen füllte, aus. **Hinsberg** (Breslau).

25) **R. Botey.** Prophylaxis du sténoses du conduit après les opérations radicales sur l'oreille.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. Septembre.)

Um eine nachträgliche Verengerung des durch die Radikaloperation plastisch erweiterten Gehörganges zu verhüten, legt B. bei der Operation konische Röhrchen mit durchlöcherter Wand (cf. Abbildung) in den Gehörgang, die 5—6 Wochen liegen bleiben. Während sie einerseits den erwähnten Zweck gut erfüllen, sichern sie andererseits dem in der Wundhöhle gebildeten Sekret genügenden Abfluß.

Hinsberg (Breslau).

26) **A. Broca.** La technique et les résultats de la palatoplastie.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Über die Art der Ausführung des von B. angewendeten Operationsverfahrens wird man sich bei der auch bildlich erläuterten Schilderung des Verf. selbst am besten unterrichten. Hier sei nur über einige allgemeinere Gesichtspunkte Bericht erstattet.

B. operiert grundsätzlich Kinder erst im Alter von 5 Jahren an und in einer Sitzung. Er glaubt nicht an die angeblichen Vorzüge der Frühoperation bezüglich der Aussprachebildung und hat, namentlich nachdem er seine Operationskunst vervollkommnet hat, keine üblen Ausgänge wie bei jenen zu fürchten. Dabei gibt es für ihn kaum noch inoperable Fälle. Die fortschreitende Besserung seiner Erfolge

erhellt aus der Zusammenstellung seiner Fälle aus zwei Perioden. Bis zum Jahre 1895 hat er über 25 Fälle berichtet, von denen 2 im Anschluß an die Operation gestorben waren, einer an Blutung, einer an Bronchopneumonie. Von den übrigen 23 Kindern sind 19 = 82,6% vollkommen geheilt, davon 13 = 56,52% in einer Sitzung, 6 = 26,02% in zwei Sitzungen. In die Zeit vom September 1895 bis Schluß des Jahres 1904 fallen 107 Operationen an 92 Pat., von denen 11 zweimal, 2 dreimal operiert worden sind. Hier ist kein Todesfall mehr. Seine Gesamtstatistik von 138 Operationen hat also nur zwei Todesfälle gehabt, von denen B. einen (die Blutung) sich selbst als »Anfänger« zur Last legt, einen, die Pneumonie, der Operation. Unter diesen 117 Pat. waren 12 zwischen 3½ bis 5 Jahren, keiner jünger als 3½ Jahr. Gegenüber diesem günstigen Zahlenausweis stehen die Todesstatistiken der beiden Hauptverfechter der Frühoperation Wolff, bei welchem er eine solche von 7,5% im Alter unter 6 Jahren und Ehrmann mit 11,76% (aus der Literatur zusammengestellt) herausrechnet. Allerdings hat der letztere nach eigenen Erfahrungen mit zweizeitiger Operation auf 41 Fälle mit 25 unter 6 Jahren auch keinen Todesfall mehr gehabt. Die Frage, ob es sich wirklich empfehlen würde, die Altersgrenze für die Operation mit Hilfe der zweizeitigen Operation vorzuschieben, sucht B. durch Zahlengegenüberstellungen zu beantworten mit folgender Argumentation: Unter Abrechnung von 6 Fällen, über deren Schicksal er nichts weiß, und den Fällen seiner ersten Periode benutzt er für seine eigene Statistik 86 Fälle, für welche er 70% vollständige Heilungen nach einer Operation (46 per primam, 16 mit spontaner Sekundärheilung) 14% nach mehrfachen Operationen und 11,6% Mißerfolge (davon 2 unheilbar, 8 »sicherlich« noch heilbar) herausrechnet (wo bleiben die übrigen 4,4%? Ref.). Dagegen rechnet er aus der Ehrmann'schen Statistik (Fälle bis 1892!) im Alter von 6—12 Jahren heraus 57,1% Heilung nach einer Operation, 35,7% Heilung nach Nachoperationen, 3,6% Tod, 3,6% Mißerfolge (sind zusammen auch nur 98%). Aus der Ehrmann'schen zweiten Serie mit zweizeitigen Operationen bei Kindern im Alter von 6—12 Jahren kommen 70% glatte Heilungen, 30% Heilungen nach Ergänzungsoperationen, kein Tod, kein Mißerfolg heraus, was »genau seinen eigenen Erfolgen entsprechen soll« (aber doch nicht zahlenmäßig! Ref.). Nun soll aber die zweizeitige Operation nach Ehrmann ihre wahre wohltätige Wirkung zeigen für Kinder im Alter von 2—6 Jahren, wo sie zu derselben günstigen Statistik verhilft, wie später, während die einzeitige Operation in diesem Alter nur 37,5% glatte Heilung, 45,8% Heilung mittels Nachoperation, 8,4% Tod, 4,2% Mißerfolge ergibt (fehlen 4,1%). Doch will B. diese Überlegenheit nicht anerkennen, da er zwar 2 Kinder im Alter von 3½ Jahren mit einem vollen Erfolg und einem Mißerfolg operiert hat, im übrigen aber 7 Kinder im Alter von 4—5 Jahren stets mit Erfolg.

Herm. Frank (Berlin).

---

27) **J. T. Herron** (Jackson, Tenn.). The treatment of hypertrophied tonsils.

(Amer. journ. of surgery 1905. August.)

Mit Knight unterscheidet H. pathologisch-anatomisch zwei Formen der hypertrophischen Mandel: 1) die harte oder fibröse infolge wiederholter Entzündungen, 2) die weiche oder adenoide mit lymphoider Hyperplasie im Nasopharynx und an der Zungenbasis. Vom klinischen Standpunkt aus sind zu unterscheiden: 1) Formen mit Respirationsbehinderung, 2) flache, nicht sehr große, doch zu öfteren Entzündungen, ja Eiterungen im peritonsillären Gewebe geneigte Mandeln, 3) geringe Hypertrophie mit Verwachsungen der Arcus palato-glossi und palatopharyngei. Hierzu kommt nach Shurly eine vierte Form: die vergrößerte, weiche, freie oder adhärente, flache, mehr oder weniger gelappte Mandel.

Bei der Behandlung ist in erster Linie der Allgemeinzustand der Kranken durch Hygiene, Diät usw. zu heben. Lokal wirken, abgesehen von Ätzungen der Krypten mit Arg. nitr. oder Chromsäure, bei der harten oder fibrösen Tonsille das Tonsillotom, von denen H. das Mackenzie'sche bevorzugt, ebenso bei Form 3 nach Lösung der Verwachsungen. Form 2 und 4 werden kauterisiert oder mit kalter, besser heißer Schlinge abgetragen. Hierbei ist vor allem am 4. bis 5. Tage Achtung auf etwaige Blutung bei Abstoßung des Schorfes zu geben.

Die Infektion der Halslymphdrüsen und allgemeine Überschwemmung des Körpers mit septischem Material soll nach H. insbesondere durch die tiefgelegenen Teile der Tonsille, bzw. bei Hypertrophie gerade dieser Teile, also bei der flachen, eingebetteten Form stattfinden.

Goebel (Breslau).

---

28) **Rieffel.** Sur les appendices branchiaux du cou.

(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXIII. p. 145.)

Diese Appendices inserieren stets am Vorderrande des Mastoids, stehen nie mit tieferen Skeletteilen in Verbindung, enthalten Netzknorpel und sind meist die einzigen Mißbildungen am Körper. Dieselben sind nach R. entweder als Absprengungen der Knorpelanlagen des zweiten Kiemenbogens zu betrachten oder wahrscheinlicher als embryonale heterotopische Bildung (1 eigener und 37 Fälle aus der Literatur.

F. Göppert (Kattowitz).

29) **L. Lenzi** (Florenz). Contributo allo studio delle fistole cervicali congenite.

(Clinica chir. 1905. Nr. 1 u. 2.)

L. hat acht Fälle angeborener Halsfisteln genau beobachtet, operiert und untersucht. Die Resultate dieser Forschungen, deren Mitteilung er eine erschöpfende historisch-kritische Studie der derzeitigen Anschauungen vorausschickt, faßt er in folgenden Sätzen zu-

sammen: Die Trennung der sog. branchiogenen Fisteln in laterale und mediane muß ihrer verschiedenen Pathogenese wegen aufrecht erhalten werden. Nur die lateralen sind wahre branchio»gene«, die medianen stehen fast immer in engstem Zusammenhange mit dem Isthmus der Schilddrüse. Die kompletten seitlichen, subhyoiden Halsfisteln hängen in ihrem unteren Abschnitte von einem unterbrochenen Verschluß des Sinus praecervicalis ab. Ihr oberer Teil entspricht stets der zweiten Rachentasche. Die inkompletten seitlichen, äußeren, subhyoiden Fisteln entsprechen dem Sinus praecervicalis, waren ursprünglich durchgehende, deren oberer Teil verödet. Der häufige Befund mit diesen Fisteln direkt zusammenhängender Gebilde vom Bau der Speicheldrüsen erhärtet die Abstammung von der zweiten Rachentasche. Manche mediane Fisteln stimmen im Bau, in ihrem tieferen Verlauf und ihren anatomischen Beziehungen mit den lateralen Fisteln überein, von denen sie nur die zufällige äußere Mündungsstelle unterscheidet, sind also keine echten medianen Fisteln. Im Gegensatze zur bisher allgemein geteilten Ansicht vom Ursprunge der medianen Fisteln aus der Persistenz eines Ductus thyreoglossus ist zu betonen, daß auf Grund neuer embryologischer Tatsachen dieses Organ de norma überhaupt nicht existiert, auch nicht vorübergehend nachweisbar ist. Es gibt, und zwar nur während ganz kurzer Zeit, ein solides Organ, den Tractus thyreoglossus. Die echten medianen Halsfisteln entsprechen der Lage dieses Organes; sie enthalten in ihrer Wand Schilddrüsenfollikel. Aber aus den Tatsachen der normalen Embryologie ist ihre Entstehung noch nicht zu erklären; möglicherweise gibt eine Kenntnis pathologischer Vorgänge im Embryonalleben mehr Aufschluß. Dies um so mehr, als ihr Vorkommen oft mit anderen Entwicklungsstörungen zusammenfällt, speziell solchen der Gesichts- und Halsorgane.

J. Sternberg (Wien).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin. Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Olshausen.)

»Hebelklemme« zum Öffnen und Ausheben der Michel'schen Wundspangen.

Von

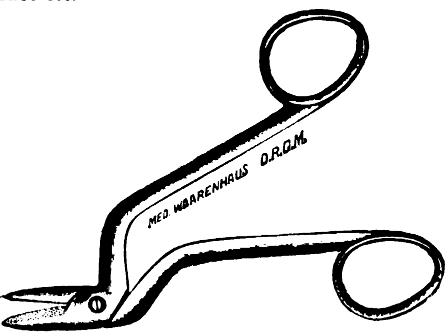
Dr. **Rudolf Jolly**, I. Assistenzarzt der Klinik.

Seit einem Jahre kommen an der Universitäts-Frauenklinik von Herrn Geh.-Rat Olshausen die von Michel angegebenen Wundspangen häufig zur Anwendung. Sie ersetzen bei Bauchoperationen die sonst übliche Nahtvereinigung der Hautwundränder. Die Vereinigung der tieferen Schichten ist dabei unverändert.

Wenn die bis dahin angewandte Nahtmethode auch in jeder Weise befriedigt hat, so kommen bei Ersatz der Hautnaht durch die Michel'schen Wundspangen doch noch strichförmigere feinere Narben zustande. Nur die spätere Herausnahme der Spangen erwies sich als umständlich. Von Michel sind hierfür zwei Haken

angegeben, mit denen die in der Wunde sitzenden zusammengebogenen Spangen auseinandergezogen und so entfernt werden. Geschah dies nicht vorsichtig, so konnte die frische Wunde wieder angerissen werden; auch war die Handhabung für die Pat. meist schmerzhaft.

Diesen Übelständen glaube ich durch das Instrument abgeholfen zu haben, welches hier abgebildet ist.



Diese Hebelklemme soll die zusammengebogenen Wundspangen wieder gerade drücken und dann aus der Wunde herausheben. Zu diesem Zwecke wird die untere Zunge der geöffneten Hebelklemme mit der Spitze unter den Knickungswinkel einer Wundspange geschoben. Dann wird die Klemme geschlossen und zugedrückt, so daß die Spange sich etwas streckt. Nun gelingt es, die untere Zunge der Klemme weiter unter die Wundspange zu schieben; und die Hebelklemme wird wieder zugedrückt. Die Wundspange ist jetzt so gestreckt, daß man sie, in der Hebelklemme gefaßt, leicht aus der Wunde herausheben kann. Die Handhabung des Instrumentes ist sehr einfach; die Herausnahme der Wundspangen verletzt nie die Wunde und verursacht keine Schmerzen.

Ein weiterer Vorteil besteht darin, daß mit der breiten Basis der Klemme die herausgenommenen Wundspangen mit Leichtigkeit wieder vollkommen gerade gebogen werden können. Sie werden dann wieder auf die Gabel aufgesetzt, mit Seifenwasser und Bürste gereinigt und ausgekocht, und können nun von neuem gebraucht werden. So konnten wir dieselben Wundspangen bis zu fünfmalen mit dem gleichen guten Erfolge verwenden. Die Wundspangen bleiben 6 Tage in der Wunde liegen, ehe sie abgenommen werden.

Unter 127 Fällen, welche vom 1. Oktober 1904 bis zum 1. Oktober 1905 mit Wundspangen behandelt wurden, heilten 116 ganz linear. In den übrigen 11 Fällen war eine geringe Dehiszenz der Haut an einer Stelle der Wunde vorhanden. Auch dies wäre vielleicht zu vermeiden gewesen, wenn in die nicht geschlossene Gegend der Hautwunde sekundär eine oder mehrere Wundspangen gesetzt worden wären, wie ich dies später in vier Fällen mit Erfolg vorgenommen habe. Die Ausführung dieses kleinen Eingriffes ist so leicht und fast schmerzlos, daß es sich wohl empfehlen dürfte, diese Methode der Wundvereinigung auch bei anderen kleinen Hautwunden in der Praxis anzuwenden.

Zur glatten Vernarbung der Wunde ist eine sorgfältige Adaptierung der Wundränder erforderlich. Die Wundspangen sollen ohne zu starken Druck in die Haut eingesetzt werden, in Abständen von etwa $^3/_4$ cm. Zum Einsetzen der Wundspangen ist von Michel eine Pinzette angegeben; es ist zweckmäßig, wenn dieselbe nahe der Spitze knieförmig um einen halben rechten abgebogen ist. Man kann sie so mit der vollen Hand fassen, ohne die Wunde dem Blicke zu verdecken, da die Pinzette dann nicht senkrecht, sondern nur schräg zur Wunde gehalten zu werden braucht.

Die Hebelklemme ist im Medizinischen Warenhaus erhältlich; daselbst wurde auch die Abänderung der Michel'schen Pinzette vorgenommen.

(Aus der chirurgischen Abteilung des k. und k. Garnisonspitals Nr. 13 in Theresienstadt.)

Zur subkutanen Verlagerung des Omentum.

Von

Dr. **Karl Elbogen,** k. und k. Stabsarzt,
Abteilungs-Chefarzt.

In Nr. 32 d. Bl. vom 12. August 1905 hat Prof. Narath eine Methode der Talma'schen Operation beschrieben und zur Nachprüfung empfohlen, die wegen ihrer Einfachheit und der Entbehrlichkeit der Narkose sehr geeignet erscheint, zur größeren Verbreitung dieser Operation beizutragen.

Kurze Zeit darauf kam ein Fall in meine Behandlung, in welchem ich diese Operationsmethode anwandte, und das erzielte, überaus günstige Resultat, welches die dem Verfahren nachgerühmten Vorteile vollinhaltlich bestätigte und insbesondere einen weiteren Beweis dafür erbrachte, daß die Einnähung eines Netzzipfels in eine subkutane Tasche tatsächlich zur Herbeiführung ausgedehnter Anastomosen zwischen der Pfortader und dem Hohlvenengebiete genügt, dürfte die kurze Anführung der hierbei gemachten Beobachtungen rechtfertigen.

Der Fall, welcher andernorts ausführlicher erörtert werden soll, betraf einen 52jährigen Militärbeamten, bei welchem zu einer seit mehreren Monaten bestehenden Lebercirrhose im Sommer d. J. ein Ascites hinzugetreten war. Mitte September waren von anderer Seite durch Punktion etwa $5^1/_2$ Liter Flüssigkeit entleert worden, jedoch war etwa 3 Wochen später der Ascites wieder in früherem Maße vorhanden, und machte eine abermalige Entleerung notwendig.

Da einerseits die Prognose durchaus ungünstig schien, andererseits der Kräftezustand noch ziemlich befriedigend war, hielt ich einen Versuch mit der Talmaoperation für angezeigt und führte dieselbe am 10. Oktober 1905 genau nach der von Narath angegebenen Methode aus, zu welcher ich nur folgendes bemerken möchte:

Die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie genügte vollkommen; nur das Fassen des Peritoneums bei der Naht und die Bildung der subkutanen Tasche waren ein wenig empfindlich, ansonsten verlief die Operation ganz schmerzlos. Der Hautschnitt wurde 9 cm lang, die Öffnung im Peritoneum dagegen behufs langsamer Entleerung der Flüssigkeit nur klein gemacht und später nur soviel erweitert, um die mit Gummischläuchen armierten Metallkatheter zur Ausheberung der Flüssigkeit aus den tieferen Bauchpartien einführen zu können; die Ausheberung ging anstandslos vor sich. Infolge der Kleinheit der Peritonealöffnung, durch welche letztere nur Darm sichtbar war, machte die Aufsuchung des Netzes einige Schwierigkeiten; schließlich wurde dasselbe hoch hinaufgeschlagen vorgefunden und mit einiger Mühe ein Zipfel desselben mittels Pinzette herunter- und zur Wunde herausgezogen. Für ähnliche Fälle würde es sich empfehlen, eine Pinzette oder Kornzange mit längeren, glatten oder gummiüberzogenen Branchen zum Aufsuchen und Vorziehen des Netzes bereit zu halten. Der Netzzipfel, etwa 12 cm lang, an der Basis etwa zweifingerdick und zahlreiche bis federkieldicke Venen enthaltend, wurde an der Peritonealöffnung mit sechs, in der stumpf gebildeten subkutanen Tasche mit drei Nähten fixiert. Ligaturen waren nicht erforderlich.

Der Verlauf war ein glatter und außerordentlich günstiger. Pat. machte überhaupt nicht den Eindruck, als ob an ihm ein größerer Eingriff gemacht worden wäre. Ein Ödem der Bauchhaut, wie es Narath gewöhnlich beobachtet hat, trat nicht auf; dagegen konnten alle von ihm angegebenen Veränderungen an den Bauchdecken, und zwar zu Ende der 2. Woche feine Venennetze über dem verlagerten Netzzipfel, später solche auf der ganzen linken Bauchseite und schließlich die stärkere Füllung der größeren Venenstämme, hauptsächlich der auf der linken

Bauchseite gelegenen und nach oben verlaufenden, deutlich konstatiert werden. Ascitesflüssigkeit sammelte sich zwar wieder an, so daß es 14 Tage nach der Operation schien, als ob abermals eine Punktion notwendig werden sollte, allein von da an ging der Ascites unter spontaner reichlicher Diurese zurück und war 4 Wochen nach der Operation verschwunden. Zu einem Austritte von Darm durch das Loch in der Linea alba ist es nicht gekommen, vorsichtshalber wurde das Tragen einer Bauchbinde angeordnet. Gegenwärtig, 6 Wochen nach der Operation, geht Pat. anstandslos herum, hat Appetit, Schlaf, ein wesentlich gebessertes Aussehen und ist so beschwerdefrei, daß er sogar daran denkt, nach einiger Zeit seinen Dienst wieder aufzunehmen.

Ein solches Resultat bei einem prognostisch ungünstig gewesenen Fall ist sicher geeignet, die Leistungsfähigkeit der Operationsmethode in das beste Licht zu setzen und deren öftere Ausführung zu empfehlen.

---

30) 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran.

Sektion für Chirurgie.

(Schluß.)

Fink (Karlsbad) berichtet über seine Erfahrungen mit der balneologischen Behandlung Gallensteinkranker im Jahre 1904 der chirurgischen Sektion aus drei Erwägungen 1) weil die Cholelithiasis ins Grenzgebiet fällt; 2) weil die Kranken mit chirurgischer Erfahrung untersucht, beurteilt und behandelt wurden und 3) weil in Karlsbad Gelegenheit gegeben ist, die Einwirkung der Kurmittel auf die verschiedensten Stadien des Leidens zu beobachten und durch Jahre zu verfolgen.

Das Krankenmaterial von 385 Kranken wurde von folgenden für das Grenzgebiet in Betracht kommenden Gesichtspunkten beurteilt und kurz zusammengefaßt:

1) Verlauf des Leidens bis zum Antritt der Kur: Koliken hatten alle Kranken bis auf 14 im Anfangsstadium. Sie hielten bei 57 den allgemeinen Typus der zunehmenden Häufigkeit und Heftigkeit ein. Ikterus wurde in der größeren Hälfte von 57 % beobachtet. Für den Grad des Leidens im Verlauf ist wichtig, daß bei 28 Cholecystitis infectiosa, bei 48 % nach Überschreitung des gewöhnlichen Bildungsortes der gemeinsame Gang beteiligt war.

2) Objektiver Befund vor der Kur: Die Gallenblase war in 56 % für die Untersuchung normal, doch wies bei mehr als $^{8}/_{10}$ derselben die Leber gleichzeitig Veränderungen auf. Es prägen sich also weitmehr in der Leber die Veränderungen aus, ein Ergebnis, womit die früheren Arbeiten ihre Bestätigung finden. Veränderungen an der Gallenblase wurden bei 43 % nachgewiesen, hiervon zugleich mit Veränderungen der Leber in 93 %. Bei $^{2}/_{3}$ derselben sprach der Verlauf mit Ikterus für eine Beteiligung des Gallensystems. Da nur bei jedem 14. die Gallenblase allein der Sitz der Erkrankung war, würden bei den übrigen im Falle einer operativen Behandlung neue Beschwerden zu erwarten gewesen sein. Die Leber zeigte in $^{8}/_{9}$ Veränderungen in Form von Vergrößerung, welche bei der Überzahl mit Druckschmerzhaftigkeit verbunden war. Für den

3) objektiven Befund am Ende der Kur kamen nur 270 in Betracht. Von diesen war die Gallenblase am Beginn in $^{3}/_{7}$, am Ende in $^{6}/_{7}$ normal; der Hydrops ging nur bei $^{1}/_{6}$ zurück, die Druckschmerzhaftigkeit in allen Fällen. $^{4}/_{5}$ der vergrößerten Lebern erfuhr eine vollständige, $^{1}/_{5}$ eine teilweise Abschwellung.

4) Erfolg. Das Resultat der Behandlung ist, daß die Kur in Karlsbad auf das Gallensteinleiden in seinen verschiedensten Stadien einen wesentlich günstigen Einfluß ausübt, und in allen Stadien, insbesondere in den Frühstadien, sowie in allen Phasen des Verlaufes des Leidens eine dauernde Latenz erreicht werden kann. Kein Erfolg durch die Kur wurde nur bei 16 Kranken = 6,66 % beobachtet.

Mit Rücksicht auf den in anderen Arbeiten erwiesenen und durch diese neuerlich bestätigte günstige Beeinflussung wird die chirurgische Therapie an jenen

Grenzen einzusetzen haben, bis zu welchen ein Erfolg durch die balneologische Behandlung nicht zu erwarten ist. Jenseits dieser Grenze liegen die durch Studium und Beobachtung des Vortragenden erworbenen Indikationen: 1) Fortdauer der Beschwerden; 2) Hinzutreten einer akuten Infektion in Gallenblase oder Gallensystem; 3) chronischer Choledochusverschluß. (Selbstbericht.)

Guleke (Berlin). Über die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen.

Auf Grund der Ergebnisse einer längeren Reihe von Tierexperimenten kommt Verf. zu der Annahme, daß die Todesursache bei den akuten Pankreaserkrankungen auf eine von dem zerfallenden Pankreas ausgehende Vergiftung zurückzuführen ist: bei Einbringung eines Pankreas in die Bauchhöhle eines anderen Tieres tritt regelmäßig in kurzer Zeit unter schwersten Allgemeinerscheinungen der Tod ein. Weitere, gemeinsam mit G. v. Bergmann ausgeführte Untersuchungen haben ergeben, daß das wirksame Agens wohl das Trypsin sein müsse, da nach Immunisierung gegen Trypsin die Tiere die Eingriffe überstehen, die sonst tödlich wirken. Genaueres über den letzten Teil der Arbeit berichtet v. Bergmann auf der inneren Sektion.

Diskussion: Küttner (Marburg) führte bei einer 60jährigen Pat., welche unter Ileuserscheinungen erkrankt war, eine Frühoperation aus. Es handelte sich nicht um einen Darmverschluß, sondern um einen Fall von Pankreatitis und Fettnekrose. Drainage und Tamponade des Netzbeutels erwiesen sich als rationell, indem sich in der Folgezeit große Mengen hämorrhagisch-nekrotischer Massen aus dem Netzbeutel entleerten. Der Fall verlief günstig, weil es auf diese Weise gelang, die gefährlichen Zerfallsprodukte des Pankreas nach außen zu leiten.

v. Hacker (Graz). Die Distentionsplastik der Harnröhre mittels Mobilisierung derselben.

Der Vortr. erwähnt, daß schon seit langer Zeit Erfahrungen über die Verschiebbarkeit und Dehnbarkeit der Harnröhre vorliegen und operativ verwertet wurden, so bei der Naht der Enden nach der Resektion. In einzelnen Fällen wurden auch dabei mehr oder weniger ausgedehnte Auslösungen der Harnröhre aus ihrem Bett unternommen (Heusner, Rupprecht). Im allgemeinen wagte man jedoch früher ausgedehntere solche Auslösungen noch nicht.

Die Verziehbarkeit der auf längere Strecken samt ihrem Schwellkörper mobilisierten Harnröhre fand erst eine methodische Verwertung bei dem neuen Operationsverfahren der Eichelhypospadie (Beck, v. Hacker). Der Vortr., der als erster (Mai 1898) auf die Verwendbarkeit des bei der Hypospadieoperation erprobten Prinzipes auf die Deckung anderer Harnröhrendefekte hingewiesen hat, berichtete bereits über einen Teil der von ihm nach dem Mobilisierungsprinzip operierten derartigen Fälle.

Beck, dem unbestritten das Verdienst gebührt, als erster die Eichelhypospadie durch Mobilisierung und Vernähung der vorhandenen Harnröhre operiert und damit das neue Operationsprinzip inauguriert zu haben, wies erst August 1899 zum erstenmal auf verschiedene Möglichkeiten der Verwendung dieses Prinzipes hin. Seitdem hat er verschiedene mit dem Verfahren unternommene Defektdeckungen der Harnröhre mitgeteilt.

v. H. hält das Verfahren für ein exquisit plastisches. Durch Distention der Harnröhre, die im Bedarfsfalle ausgiebig mobilisiert werden muß, kann man verschiedenartige Defekte derselben decken. Es kann in diesem Falle von einer Distentionsplastik mit Mobilisierung der Harnröhre gesprochen werden. v. H. hat sich das Verfahren in zwölf Fällen bewährt. Es wurde bei der Eichelhypospadie (viermal), bei hypospadieähnlichem Defekt nach Ulzeration (einmal), bei der Hypospadia perinealis zur Umwandlung derselben in eine Hypospadia penis (einmal), bei verschiedenen Strikturen (dreimal), bei Ruptur der Harnröhre (einmal) und bei Lippenfisteln des Penis (zweimal) ausgeführt.

Es werden die allgemeinen, aus den bisherigen Erfahrungen mit dieser Plastik abgeleiteten Sätze zusammengefaßt, und wird insbesondere auf die Bedeutung der vom Vortr. angewendeten Modifikation (Deckung fensterartiger Defekte durch

Mobilisierung der in continuo erhaltenen Harnröhre und Vernähung nach Art der Gastro- oder Enteroplastik) für die bisher mit komplizierten Lappenplastiken behandelten Fisteln hingewiesen. (Selbstbericht.)

Diskussion: Payr (Graz) hat in zwei Fällen von peniskrotaler Hypospadie den Versuch gemacht, nach weitgehendster Mobilisierung der Harnröhre über den Bulbus hinaus die Urethra durch die tunnelierte Glans durchzuziehen. In beiden Fällen ist diese »Distentionsplastik« sehr gut gelungen. Der eine Fall, vor $^3/_4$ Jahren operiert, stellt einen vollkommenen Erfolg dar; der zweite Fall wurde erst vor wenigen Tagen operiert.

Voelcker und Lichtenberg (Heidelberg). Röntgenogramme von Harnblase und Nierenbecken (Pyelographie).

Die menschliche Harnblase wird mit 2%iger Collargollösung mittels eines Katheters gefüllt, wodurch sie auf der Röntgenplatte einen scharf umschriebenen Schatten gibt.

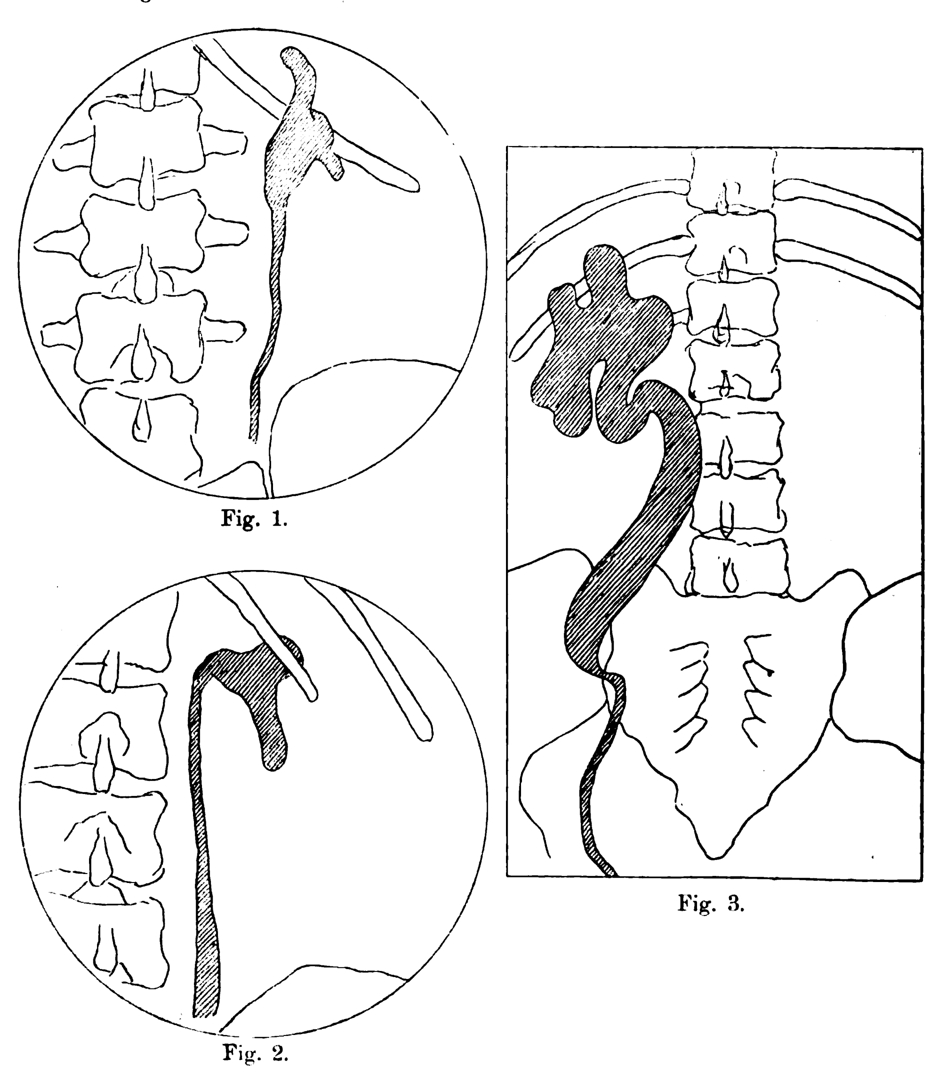


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Bei normalen jungen Männern hat die Harnblase eine oben breite, nach unten verjüngte Gestalt. Serienaufnahmen von anfangs stark gefüllten, dann in Etappen entleerten Blasen ergeben bei starker Füllung eine annähernd runde Form, bei geringer Füllung eine flache, schüsselartige Form.

Bei Kontraktion des Musc. detrusor vesicae (Urinieren bei abgeklemmtem Penis) nimmt die Blase die Form eines aufrechten Zylinders an. Die Harnblasen von Frauen sind häufig nach der Seite verzogen, besonders bei Prolaps der Genitalien. Bei einer Gravida im 8. Monat hat die Blase eine außerordentlich flache Form, weil sie dem Kopf sich anpaßt. Er liegt in der Blase wie in einer Schüssel.

Sehr gut eignet sich die Methode zur Darstellung von Blasendivertikeln und Blasenhernien.

Bei Prostatahypertrophie hat die Blase häufig die umgekehrte Form wie die normale, sie ist unten breit und oben spitz. Die Methode eignet sich sehr gut zur Darstellung der Größe der Prostata, weil die letztere sich gegen den schwarzen Blasenschatten deutlich abhebt. In einem Falle von Prostatahypertrophie mit doppelseitigen großen Hernien war die Blase über die große Prostata nach beiden Seiten herabgezogen.

Das Collargol läßt sich auch zur Darstellung des Nierenbeckens verwenden, indem man mittels des Ureterenkatheters eine 2—5%ige Collargollösung in das Nierenbecken injiziert. Die drei Skizzen stellen 1) eine Wanderniere mit dilatiertem, aber nicht abgeknicktem Nierenbecken dar, 2) eine Wanderniere mit dilatiertem und gegen den Ureter geknicktem Nierenbecken und 3) eine Knickung des Ureters an der Linea innominata, mit starker Dilatation und Schlängelung oberhalb und starker Dilatation des Nierenbeckens. In diesem letzteren Falle war die Ureterknickung wahrscheinlich auf einen beweglichen, stielgedrehten Ovarialtumor zurückzuführen. (Ausführliche Publikation in den Fortschritten für Röntgenstrahlen).

(Selbstbericht.)

Preindlsberger (Sarajevo) bespricht die Wahl der Operation bei Blasenstein auf Grund von 205 eigenen Fällen.

Er wendet sich gegen die einseitige Anempfehlung einer bestimmten Operationsmethode und hält im allgemeinen die Lithotripsie für die Operation der Wahl, die Schnittmethoden für die Operationen der Notwendigkeit. Dabei sei bei jedem einzelnen Falle zu individualisieren.

Genügende Weite der Urethra gestattet auch im kindlichen Alter die Ausführung der Lithotripsie; Strikturen der Harnröhre, große, harte oder fixierte Steine indizieren auch bei Erwachsenen eine Schnittmethode.

Von diesen letzteren hat P. in der letzten Zeit 22mal die Cystotomia perinealis ausgeführt, die bekanntlich darin besteht, daß nach Ablösung des Mastdarmes die hintere Blasenwand bloßgelegt und über der Prostata unter Vermeidung der Vasa deferentiae eröffnet wird. Diese Methode hat als wesentlichste Vorteile den der leichteren Nachbehandlung, die Möglichkeit, in Rückenmarksanästhesie zu operieren und die Vermeidung einer Bauchdeckennarbe.

P. verweist im übrigen auf seine früheren Publikationen und eine im Druck befindliche Arbeit über denselben Gegenstand. (Selbstbericht.)

J. Englisch (Wien). Über die spontane Zertrümmerung der Steine in der Harnblase.

Zur Beurteilung der spontanen Steinzertrümmerung in der Blase erscheint es angezeigt, um die Ursache richtig zu beurteilen, auf die Lösung von Steinen durch die verschiedenen Lithotriptika einzugehen, und zwar das Verhalten der Steine gegen reines Wasser, gegen Kohlensäure, Kalkwasser, Kalkwasser mit Seife, die Alkalien (wirksamstes Lösungsmittel), gegen alkalische Mineralwässer, Säuren, Magensaft, verschiedene pflanzliche Mittel, Bespülung mit verschiedenen Mitteln, gegen Elektrizität (vorzüglich Galvanismus) näher ins Auge zu fassen. Jede dieser Gruppen muß wieder untergeteilt werden: 1) Experimente außerhalb des Körpers; 2) Tierexperimente; 3) Versuche an Menschen; 4) Heilerfolge.

Aus allen Versuchen geht hervor, daß die Lithotriptika auf die Blasensteine wirken, sie lösen oder zum Zerfall in Bruchstücke bringen, welch letztere aber

nur selten jene Formen zeigen, die als spezifisch für die spontane Zertrümmerung angesehen werden.

Aus der Literatur konnten 150 Fälle der spontanen Zertrümmerung zusammengestellt werden, dazu kommen noch meine drei eigenen Beobachtungen. Die spontane Zertrümmerung kommt am häufigsten zwischen 60—70 Jahren (20 Fälle) vor, daran reihen sich: 71—75 Jahre mit 9, 75—80 Jahre mit 7, und über 80 Jahre mit ebenfalls 7 Fällen. Das höhere Alter disponiert daher vorzüglich zur spontanen Zertrümmerung.

Das männliche Geschlecht überwiegt (110:2).

Die Zahl der Bruchstücke ist sehr verschieden und schwankt zwischen 2 und 236 (Prowright); dieselben entsprechen einem oder mehreren Steinen (bis 12). Zugleich finden sich oft ein oder mehrere Steine neben den Bruchstücken vor. Diese müssen immer eine gewisse Regelmäßigkeit besitzen, pyramidenförmig, schalenförmig, mit konkaver innerer und konvexer äußerer Fläche. Erstere entspricht immer dem freien oder an einem — meist dem großen — Bruchstücke haftenden Kern. Dabei müssen die Bruchstücke konzentrische und radiäre Streifung zeigen. Die Bruchstücke liegen entweder frei in der Blase oder sie werden durch eine schleimige Masse, eine Phosphatschicht, zusammengehalten und lösen sich erst nach Entfernung des Steines aus der Blase; was aber nicht der Fall ist, wenn um die Bruchstücke massige Schichten eingelagert sind.

Die Bildung der Steine erfolgt in verschiedener Weise. Ein Teil der Beobachter nimmt als Grundlage eine organische Substanz an (Hippokrates, Auntin, Galen, Tenon, Villaret, Chevalier, Schipalinsky, Civiale, Meckel). Letzterer bezeichnet den Vorgang als Metamorphismus: durch den steinbildenden Katarrh wird Schleim abgesondert, gibt mit oxalsaurem Kalk oxalsauren Kalkschleim, sodann erfolgt die Umwandlung der Oxalsäure in Harnsäure und dann in phosphorsaure Salze. Ebstein betrachtet die organische Grundlage als unentbehrlich für die Steinbildung. Ebenso Thompson, Fourcroy, Vauguelin, Wollaston, Cartes, v. Recklinghausen.

Die zweite Ansicht ist: der Stein baut sich auf durch Auskristallisieren der Harnsäure (Heller, Ultzmann, Voit-Hofmann, Carter, Boerhave, Corradi, Zappala).

Schon in den kleinsten Konkrementen sieht man die Einteilung in Sektoren durch die verschiedene Färbung der Harnsäure, durch Risse und Sprünge (Ebstein, Ultzmann, Heller, Zappala) als erstes Zeichen der Zerklüftung. Dasselbe ist der Fall an Dünnschliffen (Ultzmann, Ebstein).

Die Art und Weise, in welcher spontane Zertrümmerungen entstehen, wurde verschieden aufgefaßt, und lassen sich drei verschiedene Ursachen annehmen. 1) die mechanische, d. h. die Zertrümmerung erfolgt durch eine äußere Gewalt; 2) die chemische, d. h. durch gewisse innere Vorgänge; 3) die Verbindung beider, chemisch-mechanische.

I. Die mechanische Theorie. 1) Ausdehnung der zwischen den konzentrischen Schichten eingelagerten Harnsäurekristalle (Schmidt) von innen nach außen wirkend. 2) Einwirkung der Gewalt von außen her; a. Bewegungen des Kranken (Fabricius ab Aquapendente, Corvillard); b. Stoß gegen den Sattelknopf (Duller), bei heftiger Erschütterung des Körpers (Liston, Kapsamer, Burci, Severziano, Crosse).

II. Die chemische Wirkung besteht in der Auflösung teils der festen Substanzen (der Steinbildner) durch Veränderungen des Harnes (Leroy d'Etiolles durch Verdünnung, Prout durch alkalisch werden), teils durch Auflösung der die einzelnen Elemente des Steines verbindenden organischen Substanz (Civiale, Hodgkin, Corradi und Zappala). Im ersten Falle wird es sich vorzüglich um den Zerfall der die einzelnen Sektoren trennenden, die Risse und Sprünge ausfüllenden amorphen Masse handeln. Für die zweite Anschauung liegt kein positiver Beweis vor.

III. Die chemisch-mechanische Theorie ist am entwickeltsten. Heller hat sie am deutlichsten ausgesprochen: der Stein besteht aus einem Kern von primärer Harnsäure, dann folgt eine Schicht von harnsaurem Ammoniak, hierauf darüber

Schichten von Harnsäure. Das harnsaure Ammoniak ist frisch noch weich, teigig; getrocknet pulverig und einen kleineren Raum einnehmend, daher wird im getrockneten Stein der Kern lose. Die Schicht des harnsauren Ammoniak wird in der Blase vom Harn imbibiert, es erfolgt Zersetzung, es bildet sich aus Harnstoff kohlensaures Ammoniak; die freiwerdende Kohlensäure durchbricht als Gas die sich neubildenden Schichten im Entstehen, immer an derselben Stelle; ist alles kohlensaure Ammoniak in harnsaures umgewandelt, folgt Ausfüllung der gebildeten Kanäle mit Harnsäure. Geschieht die Trennung der Schichten an mehreren Stellen bis zur Peripherie, so zerfällt der Stein.

Oxalsaure Steine zerklüften von einer aus Phosphaten bestehenden Schicht aus.

Benno Schmidt. Der Vorgang ist bedingt durch Vergrößerung der zwischen gelagerten Phosphatschichten infolge Aufnahme neuen Kristallwassers.

Corradi. Vor dem harnsauren Kern lagert sich eine Proteinschicht an. Die Einlagerung der Harnsalze in diese erfolgt nicht gleichmäßig, sondern an verschiedenen Punkten durch harnsaure Kristalle nach der Peripherie weiterwachsend, und es bleiben zwischen ihnen Räume, welche mit der Proteinmasse ausgefüllt sind. Der Stein besteht dadurch aus Segmenten. Folgt Eintrocknen der Proteinmasse und Zersetzung des Harnstoffes in kohlensaures Ammoniak, so trennen sich die Segmente.

Ord. Hauptsache ist die Änderung der Harnbeschaffenheit, besonders das Alkalischwerden, mit Schwellung der schleimigen, perinukleären Schichte oder durch Gasentwicklung. Die Zertrümmerung beginnt im Zentrum. O. fand im Stein ein Mycelium und Bakterium. Die Ursache der Zersetzung ist noch fraglich.

Ultzmann. In harnsauren Steinen findet sich auch kohlensaures Ammoniak. Die von einer lockeren Schicht ausgehende Zersetzung des vorhandenen Harnstoffes, bedingt durch Pilze (Bakterium urae), hat die Zertrümmerung zur Folge.

Zappala. Bei der symmetrischen Anordnung der harnsauren Kristalle um ein solches Kristall entsteht eine strahlenförmige, gegen die Peripherie immer breiter werdende Anordnung. Dazwischen bleiben Räume, von dem Zentrum zur Peripherie ziehend, angefüllt mit einer amorphen, organischen Masse. Erfolgt eine Zersetzung im Sinne Heller's, so wird der Stein, der durch obige Anlagerung der Kristalle schon in Segmente geteilt erscheint, durch die sich entwickelnden Gase zertrümmert.

Aus dem voranstehenden ergeben sich folgende Schlußfolgerungen:

1) Die spontane Steinzertrümmerung ist eine Eigentümlichkeit der harnsauren Steine oder von Verbindungen derselben mit anderen Steinbildnern. Bei letzteren allein erfolgte nur selten eine Zertrümmerung derselben mit einer Form der Bruchstücke, welche die Eigenschaften der spontanen Zertrümmerung zeigen.

2) Die Oxalate zerbrechen manchmal; die Bruchstücke zeigen aber nie Regelmäßigkeit.

3) Die Form der Bruchstücke der harnsauren Steine ist schon in der Anordnung der Kristalle, der zusammensetzenden Elemente, bei der Steinbildung gegeben. Die segmentäre Form der Bruchstücke bildet die wichtigste Eigenschaft der Bruchstücke. Die Anlage dazu ergibt sich aus der künstlichen Erzeugung der Blasensteine, aus den Dünnschliffen selbst der kleinsten Steine.

4) Die Segmentation ergibt: a. der Kern wird immer durch eine lockere Schicht aus harnsaurem Ammoniak oder durch eine schleimige Flüssigkeit von den übrigen Schichten getrennt, fällt daher beim Zerschneiden sehr leicht aus; b. diese umgebende Schicht setzt sich als Streifen vom Kerne bis zur Peripherie fort und entwickelt sich zu radiären Rissen und Sprüngen, deren breites Ende am Kerne, das spitzere an der Peripherie liegt; c. das Vorhandensein dieser Risse und Sprünge ist das wesentlichste disponierende Moment der eigentlichen spontanen Zertrümmerung; d. die Risse und Sprünge können auch in ferneren Schichten vom Kerne beginnen.

5) Die spontane Steinzertrümmerung findet sich meist bei abgeflachten Steinen.

6) Eine mechanische Einwirkung wird nur dann eine Zertrümmerung hervorbringen können, wenn die Risse und Spalten so hochgradig entwickelt sind, daß die Segmente durch breite Furchen voneinander getrennt sind und nur durch eine

zwischengelagerte Substanz (schleimige Flüssigkeit, Phosphate) lose zusammengehalten werden. Immer muß die Gewalt eine gewisse Intensität haben.

7) Eine chemische Einwirkung als Ursache allein läßt sich durch Auflösung der in Furchen und Rissen gelagerten Zwischensubstanz ohne Volumsvergrößerung erklären; dazu gehört, daß die Risse und Sprünge bis an die Oberfläche reichen und dem Harn unmittelbar ausgesetzt sind. Diese Art der Einwirkung läßt sich nicht als unmöglich erklären, wenn auch bis jetzt keine positiven Tatsachen vorliegen.

8) Die beste Erklärung für das Zustandekommen der spontanen Steinzertrümmerung gibt die chemisch-mechanische Theorie in der oben angegebenen Weise; sie wirkt immer vom Zentrum zur Peripherie. (Selbstbericht.)

Lichtenstern und Katz (Wien). Phloridzindiabetes und funktionelle Nierendiagnostik.

Versuche an gesunden und kranken Menschen wie an Tieren mit künstlich geschädigten Nieren ergaben folgendes: Die gesunde, normal funktionierende Niere reagiert zu verschiedenen Zeiten verschieden auf die Phoridzininjektion. Verspätungen und gänzliches Ausbleiben der Zuckerreaktion dürfen nicht als Beweis für Erkrankung des Organes aufgefaßt werden. Die schwer kranke Niere des Menschen kann prompt innerhalb der normalen Zeit Zucker ausscheiden. Im Tierexperiment übten auch schwere Läsionen des Nierenparenchyms, wie Außerfunktionsetzung eines großen Teiles desselben, keinen Einfluß auf die zeitliche Zuckerausscheidung. Der klinische Wert der Phloridzinmethode als Reagens für Gesund- oder Kranksein der Niere ist zweifelhaft und unverläßlich, Indikationsstellungen für chirurgische Eingriffe an den Nieren auf Grund dieser Probe zu stellen, ist gefahrvoll. (Selbstbericht.)

P. Clairmont (Wien) berichtet aus der v. Eiselsberg'schen Klinik über fünf Beobachtungen von renaler Anurie, von denen drei als Fälle reflektorischer Anurie aufzufassen waren; einmal kam die Anurie infolge chronischer parenchymatöser Nephritis zustande, einmal durch Stieldrehung einer Wanderniere bei cystischer Degeneration der anderen Niere.

Zwei Fällen von reflektorischer Anurie waren die folgenden Momente gemeinsam: Sistieren der Harnsekretion nach Steineinklemmung in dem einen Ureter trotz nachgewiesenem Vorhandensein von zwei funktionsfähigen Nieren; Schädigung beider Nieren durch parenchymatöse Degenerationszustände.

In dem dritten Fall konnte die Ursache für das Auftreten der Anurie nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Nach der Anamnese und dem klinischen Bilde dürfte auch hier Steinbildung vorgelegen haben. Die Anurie war als reflektorische aufzufassen, weil nach der Heilung durch Nephrotomie cystokopisch das Ablaufen der peristaltischen Welle an beiden Ureterwülsten und das Vorhandensein der zweiten Niere im Röntgenbilde nachgewiesen werden konnte.

Aus diesen Fällen sind folgende Schlüsse zu ziehen: Es gibt eine reflektorische Anurie; sie wird ausgelöst durch eine mit heftigen Schmerzen und Sekretionshemmung einhergehende Erkrankung der einen Niere. Bedingung für das Auftreten ist ein Reizzustand der anderen Niere. Derselbe ist durch Veränderungen des Parenchyms (parenchymatöse Degeneration oder Nephritis) gegeben, welche die Niere empfindlicher machen, ohne ihre Funktion wesentlich zu beeinträchtigen. (Selbstbericht.)

O. v. Hovorka (Wien). Über Spontanamputationen.

An der Hand eines von ihm beobachteten Falles bespricht v. H. die Genesis der Spontanamputationen und unterscheidet eine angeborene und eine erworbene. Die erstere ist entweder eine endogene (selten) oder exogene, welche letztere wieder zumeist durch eine langsam abschnürende Einwirkung seitens der Amnionfäden oder des Nabelstranges erfolgt. Genau zu unterscheiden haben wir zwischen der wahren und falschen angeborenen Gliedablösung; bei der ersteren findet man bei der Geburt in der Amnionhöhle die abgesetzten Gliedteile, bei der letzteren begegnen

wir einer Hypoplasie, beziehungsweise einer Aplasie der abgeschnürten Teile. Die Meinung, daß die abgeschnürten Teile stets mazeriert werden und deshalb nicht auffindbar sind, ist irrig; ebenso die Annahme, daß die Spontanamputation mit dem Ainhum der Neger identisch sei. v. H. bespricht zum Schluß auch die pathologische Anatomie und Mikroskopik der Spontanamputation und knüpft an die Systematik von Kormann und Schrader kritische Bemerkungen. Für seinen Kranken hat er einen künstlichen Arm angefertigt. (Selbstbericht.)

H. Haberer (Wien). Zur Behandlung der Sarkome in den langen Röhrenknochen.

Vortr. berichtet an der Hand von 18 Fällen aus der v. Eiselsberg'schen Klinik über die Resultate, welche dabei teils durch verstümmelnde, teils durch konservative Operationen erzielt wurden. Dabei wurden nach Tunlichkeit die bisherigen Dauererfolge festgestellt. Der Vergleich der Resultate der verstümmelnden und konservativen Operationen ergibt, daß dieselben gleich gut bzw. gleich schlecht sind. Deshalb empfiehlt H. bei den Sarkomen der langen Röhrenknochen nach v. Mikulicz' Vorschlage, die verstümmelnden Operationen zugunsten der konservativen einzuschränken. Es kommt dabei nicht so sehr auf den Grad der Malignität des betreffenden Sarkoms, als vielmehr darauf an, trotz Exstirpation der Geschwulst weit im Gesunden die Ernährung des betreffenden Extremitätenabschnittes erhalten zu können. Auf das Vorhandensein bzw. Auftreten von Metastasen hat weder ein konservativer, noch ein verstümmelnder Eingriff einen Einfluß. Die immer mehr aufstrebende Röntgendiagnostik wird nicht nur für die frühzeitige Erkenntnis von Knochensarkomen von Bedeutung sein, sondern sie wird auch ermöglichen, bei konservativ operierten Pat. ein eventuell auftretendes Rezidiv rechtzeitig zu erkennen.
(Selbstbericht.)

Diskussion: Lexer (Berlin). In der v. Bergmann'schen Klinik wird nach dem von v. Bergmann und König vertretenen Grundsatze bei periostalen oder durchgebrochenen myelogenen Sarkomen hoch amputiert oder so exartikuliert, daß die sämtlichen dazugehörigen Muskelgruppen in Wegfall kommen, da nach Nasse's Untersuchungen das Geschwulstgewebe oft weithin in den Muskelgefäßen verbreitet ist. Doch verfügt die v. Bergmann'sche Klinik auch über Fälle von periostalen Gewächsen, bei denen eine ausgedehnte Resektion genügte. — Bei den zentralen Sarkomen reicht oft eine Auslöffelung hin. Wenn es sich aber nicht um die relativ gutartigen Riesenzellensarkome handelt, so kommt es, selbst bei ausgedehnter Resektion, leicht zu Rezidiven. — L. beobachtete in einem Fall, in dem er wegen eines kaum walnußgroßen, von einer breiten Schicht Knochengewebe umgebenen zentralen Knochenherdes das untere Femurdrittel resezierte nach rascher Heilung ein rasch wachsendes, zum Tode führendes Rezidiv mit Metastasen.

Haberer (Wien) glaubt gerade wegen des Umstandes, daß weder die konservativen noch die verstümmelnden Operationen sichere Erfolge zeitigen, den Vorschlag auf Einengung des Indikationsgebietes der verstümmelnden Operationen aufrecht erhalten zu sollen. —

E. Ranzi. Zur Frage der Tragfähigkeit der Bunge'schen Stümpfe.

R. berichtet über die Resultate, die an der v. Eiselsberg'schen Klinik mit den Bunge'schen Amputationsstümpfen gemacht wurden. Von den 12 Unterschenkelamputationen war in allen Fällen, wie die Nachuntersuchung zeigte, der Stumpf auf Schlag und Druck unempfindlich. In bezug auf die Frage der direkten Belastung der Amputationsfläche waren acht Fälle verwertbar. Alle diese ergaben gute funktionelle Resultate. Von den 18 Oberschenkelamputationen waren 15 Stümpfe vollkommen tragfähig, drei Pat. klagten zeitweilig über Schmerzen.

Das Bunge'sche Verfahren kann in bezug auf die Dauerresultate der Bier'schen Methode an die Seite gestellt werden; besonders in Fällen, in denen sehr rasch operiert werden muß oder in denen von vornherein eine prima intentio nicht zu erwarten ist, verdient die Bunge'sche Methode den Vorzug vor der osteoplastischen Amputation.

M. Hofmann (Graz). Die Stellung des Fußes bei fungöser Erkrankung im unteren Sprunggelenk.

Die klinische Erfahrung lehrt, daß erkrankte Gelenke eine ganz bestimmte Lage einzunehmen pflegen. Bonnet fand auf Grund von Leichenversuchen, daß diese Lage große Übeinstimmung zeigt mit jener Lage, die man erhält, wenn man Flüssigkeit unter hohem Druck in die Gelenkhöhlen injiziert. Die Erklärung hierfür suchte er einerseits in der analogen physikalischen Wirkung der Ansammlung von Flüssigkeit in der Gelenkhöhle bei pathologischen Processen, andererseits in dem Bestreben der Kranken, der Extremität jene Lage zu geben, in der die Gelenkhöhle die größte Kapazität besitzt, da in dieser Lage die nervenreiche fibrössynoviale Kapsel so wenig als möglich gespannt wird und die Schmerzen dadurch gemindert werden müssen. Unter der Voraussetzung der Richtigkeit dieser Erklärung müßte man wohl analoge Vorgänge als bestimmend für die Stellung des Fußes bei Erkrankung im unteren Sprunggelenk, also der Articulatio talocalcanea und talonavicularis, ansehen. Nun zeigte sich aber in einer Reihe von Fällen fungöser Erkrankung des unteren Sprunggelenkes, die an der Grazer chirurgischen Klinik des Herrn Prof. v. Hacker zur Beobachtung kamen, daß der Fuß bald in Pronation und Abduktion, bald in Supination und Adduktion fixiert war. Genaue Beachtung der Befunde während der Operation oder am amputierten Fuße, sowie Röntgenaufnahmen bei konservativ behandelten Fällen haben ergeben, daß bei Fixierung des Fußes in Pronation und Abduktion eine weitgehende fungöse Erkrankung der Articulatio talonavicularis mit ausgedehnter Zerstörung der Gelenkkörper und Kapsel vorlag. Bei Fixierung des Fußes in Supination und Adduktion hingegen fand sich stets eine fungöse Zerstörung der Articulatio talocalcanea. In einer dritten Reihe von Fällen fungöser Erkrankung des unteren Sprunggelenkes war keine Fixierung des Fußes in charakteristischer Stellung vorhanden, in diesen aber handelte es sich nur um geringgradige Erkrankung des Gelenkes ohne Zerstörung der Gelenkkörper und ohne Ansammlung von Eiter und Granulationsmassen in der Gelenkhöhle.

Injektionsversuche der Articulatio talocalcanea und talonavicularis an Leichen mit einer hierzu besonders geeigneten, bisher nicht verwendeten Injektionsmasse aus einem Gemenge von Minium und wasserfreiem Glyzerin haben die Übereinstimmung der Mittellage mit jener Stellung, die der Fuß bei fungöser Erkrankung der betreffenden Gelenke annimmt, ergeben. Eine genaue Untersuchung des komplizierten Bewegungsmechanismus im unteren Sprunggelenk an Knochenbänderpräparaten hat in genügender Weise aufgeklärt, warum durch Injektion der Articulatio talonavicularis Pronation und Abduktion, durch Injektion der Articulatio talocalcanea Supination und Adduktion zustande kommen muß, und hat gezeigt, daß dies im Bau der Gelenke begründet ist.

Zur Bestimmung der Lokalisation einer fungösen Erkrankung am Fuße stehen eine Reihe von Hilfsmitteln zur Verfügung: die Form der Schwellung, Lokalisation der Schwellung, lokalisierte Schmerzhaftigkeit, Richtung und Lage von Fistelgängen, Röntgenaufnahmen, Prüfung der aktiven und passiven Bewegungsfähigkeit einzelner Gelenke. Dazu kommt noch als wichtiges diagnostisches Hilfsmittel die Fixierung des Fußes in bestimmter Stellung, fixierte Pronation und Abduktion als pathognomonisch für Erkrankung der Articulatio talonavicularis, fixierte Supination und Adduktion des Fußes als charakteristisch für Erkrankung der Articulatio talocalcanea. Bei ausgesprochener dauernder Fixierung in einer dieser Stellungen handelt es sich stets um ausgedehnte Zerstörung des betroffenen Gelenkes, während das Fehlen der fixierten Stellung eine fungöse Erkrankung des Gelenkes, insbesondere der Synovialis ohne Beteiligung der Gelenkkörper und ohne Ansammlung von Eiter und Granulationsmassen in der Gelenkhöhle nicht sicher ausschließt. (Selbstbericht.)

Assinger (Wien). Ein neuer Handapparat für Vibrationsmassage.

Die Anwendung der Vibrationsmassage soll nicht bloß in Krankenhäusern Kliniken, Sanatorien, sondern im Hause, in der alltäglichen Praxis, am Krankenbette, in der ärztlichen Sprechstunde allenthalben zugänglich sein. Der vorgezeigte Vibrationsmassageapparat »Venivici« ist dazu geeignet, da er nicht an Betriebskräfte gebunden ist und nur etwas über 600 g wiegt. Die Vibrationen werden

durch Drehung einer Schwungscheibe erzeugt, die mittels einer Kurbel in Bewegung gesetzt wird. Ihre vibrierende Bewegung überträgt sich als Stoßbewegung auf verschiedene Pelotten. Intensität und Häufigkeit der Schwingungen sind dosierbar. Es lassen sich 2000—8000 Vibrationen in der Minute erzielen.

An Ansatzstücken, flachen Massageplatten in verschiedener Größe, pneumatischen Massagebällen usw. stehen 23 Ansatzstücke zur Verfügung. In der Chirurgie ist die Vibrationsmassage nach Verletzungen der Gelenke, Distorsionen, Luxationen verwendbar, zur Resorption von Blutextravasaten, zur Kräftigung der Muskeln auch bei Knochenbrüchen, Muskelquetschungen und Zerrungen. Besonders wirksam ist sie bei Muskelparesen der Schließmuskeln empfohlen, in nicht zu frischen Fällen akuter nicht eitriger Synovitis und bei chronischer Synovitis. In der durch die verschiedensten Ursachen herbeigeführten Gelenksteifigkeit soll sie nur gegen Kapselverdickungen und zum Massieren der Muskulatur verwendet werden.

(Selbstbericht.)

Grosse (München) demonstriert einen chirurgischen Universalsterilisator in Funktion. Der Konstruktion des Apparates, eines rechteckigen Kastens mit drei Einsätzen, liegt ein neues Prinzip, das der Einheitlichkeit der Sterilisation, zugrunde, d. h. das sämtliche Instrumentarium und Material, dessen Chirurg, Gynäkologe, Urologe in keimfreiem Zustande bedarf, also Metallinstrumente, Verbandstoffe, Katheter, Spritzen, Handschuhe, Flüssigkeiten, z. B. physiologische Kochsalzlösung, Kathetergleitmittel, wie Paraffin, Glyzerin usw., wird in einem Agens, dem Wasserdampf von 100°, sterilisiert. Gut vernickelte Instrumente leiden durch den Dampf weit weniger als durch Kochen. Die Messer sind in festverschlossene Glasrohre, sog. »Messersterilisationsrohre« einzulegen; sie bleiben vollkommen glänzend und trocken, vor allem tadellos scharf. Die bakteriologische Sicherheit des neuen Verfahrens ist durch eingehende Untersuchungen des Vortragenden erwiesen: Die Mindeststerilisationszeit betrug bei Staphylokokkeninfektion 3 Minuten, bei Infektion mit Milzbrandsporen 8 Minuten. Der Universalsterilisator wird durch die Möglichkeit verschiedenartiger Verwendung und Kombination seiner drei Einsätze allen überhaupt zu stellenden Sterilisationsaufgaben bei einfachster Handhabung und geringstem Zeit- und Materialverbrauch gerecht. Die Wasserdampfsterilisation ist

1) durch unbedingte Sicherheit,
2) durch Ermöglichung vollkommener Einheitlichkeit der chirurgischen Desinfektion, infolgedessen
3) durch einfache Handhabung,
4) geringen Zeitverbrauch,
5) geringen Materialverbrauch,
6) durch Schonung des in tadellosem Zustande verbleibenden Instrumentariums

allen anderen Sterilisationsverfahren weit überlegen.

Die Untersuchungen des Vortragenden, sowie die demonstrierten Apparate sind ausführlich veröffentlicht im Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXVII. 1905. Hft. 1.

(Selbstbericht.)

Kuhn (Kassel) demonstriert an der Hand zahlreicher Bilder Improvisationseinrichtungen zu Heb-, Trag-, Extensions- und Suspensionszwecken in der großen Chirurgie. Die Einrichtungen erfordern nur bescheidene Hilfsmittel, Stangen, Klammern, Ösen, alle von einer einheitlichen Form. Durch die unendlich mögliche Kombination und Variation dieser Teile ist man imstande, sich alle in einer Klinik, auch für orthopädische Zwecke nötigen mechanischen Geräte zu improvisieren. (Selbstbericht.)

P. Clairmont (Wien) zeigt einen dreiteiligen Bügel, welcher die Anlegung des Streckverbandes nach Gersuny bei Kniegelenkskontrakturen wesentlich erleichtert. Derselbe wurde von dem Diener der chirurgischen Klinik, Broger, ersonnen.

(Selbstbericht.)

---

31) **Bergey.** The bacteria encountered in suppurations.
(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1905. September.)

B. untersuchte das Sekret eiternder Wunden verschiedenster Art in 30 Fällen; auffallend häufig, nämlich in 13 Fällen, fand er neben den gewöhnlichen Eitererregern Mikroben von der Form der Diphtheriebazillen. Dieses Bakterium pseudodiphtheriticum übertraf manchmal an Zahl alle anderen im Eiter enthaltenen Mikroben. Die Tatsache, daß es stets zusammen mit den gewöhnlichen Eitererregern gefunden wurde, weist darauf hin, daß es wahrscheinlich nicht die primäre Ursache der Eiterung ist. Da es häufiger bei chronischen als bei akuten Eiterungen vorkommt, so ist es vermutlich mehr daran schuld, daß die Eiterung andauert, als daß es sie veranlaßt hätte. Das Bakterium pseudodiphtheriticum muß also unter Umständen als pyogen angesehen werden. In neun von den 30 Fällen fand sich Pseudomonas aeruginosa. Auch diese Fälle betrafen die verschiedenartigsten Eiterungen. **Mohr** (Bielefeld).

32) **J. Richter.** Zur Kasuistik der multiplen primären Karzinome.
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Billroth verlangte bekanntlich für den Nachweis von primären, unabhängigen, voneinander getrennten Karzinomen bei ein und demselben Individuum folgende drei Punkte. Erstens soll jedes Karzinom verschiedene anatomische Struktur haben, zweitens sich histologisch vom Epithel des Mutterbodens ableiten lassen und drittens seine eigenen Metastasen setzen. Die Erfüllung dieser Forderungen unterliegt dann Schwierigkeiten, wenn es sich um Geschwülste handelt, die von derselben Zellart in verschiedenen Organen primär entstehen (Borst) (wie hier im dritten Falle).

R. veröffentlicht aus der Prosektur der Rudolfstiftung in Wien folgende drei Fälle, von denen die zwei ersten den strengsten Anforderungen Billroth's entsprechen und bei der großen Seltenheit die Wiedergabe hier verdienen.

1) Adenokarzinom der Schilddrüse mit Metastasen in den regionären Lymphdrüsen und in der Lunge und Plattenepithelkarzinom des Uterus, gleichfalls mit Metastasen in der Lunge und den regionären Lymphdrüsen.

2) Adenokarzinom der Brustdrüse mit regionären Lymphdrüsen- und Lebermetastasen und Plattenepithelkarzinom mit regionären Lymphdrüsen- und Lebermetastasen.

3) Adenokarzinom der Flexura hepatica und Karzinom des linken Eierstockes (malignes Kystom). **Hübener** (Dresden).

33) **A. Kraus.** Über multiple, in Knochenform auftretende, primäre Zellgewebstuberkulose der Haut.
(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 28.)

Bei einem 12jährigen Mädchen wurden neben Lungenspitzenkatarrh, Lupus und Skrofulodermen erbsen- bis haselnußgroße, derbe, der Haut selbst angehörige Knotenbildungen an den verschiedensten Körperabschnitten beobachtet. Zum Unterschiede gegen Skrophuloderma blieb die Epidermis über den Knoten unverändert, Erweichung der letzteren trat nicht ein. Die tuberkulöse Natur dieser wahrscheinlich hämatogen entstandenen Affektion wurde durch Tuberkulineinspritzung (lokale Reaktion), mikroskopische Untersuchung und den Tierversuch erwiesen. (Vgl. übrigens O. Naegeli, Über hämatogene Hauttuberkulose. Münchener med. Wochenschrift 1898; ref. d. Bl. 1898 p. 674.)
Gutzeit (Neidenburg).

34) **Lossen.** Bier'sche Stauungshyperämie bei Sehnenscheidenphlegmonen. (Aus dem Bürgerhospital [Abt. Bardenheuer] in Köln.)
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 39.)

In drei Fällen von schwerer eitriger Sehnenscheidenentzündung, die unter den bisher üblichen Behandlungsmethoden wahrscheinlich durch Abstoßung der Sehnen,

Verkrümmung und Versteifung der Finger und des Handgelenkes ein sehr schlechtes funktionelles Endresultat dargeboten hätten, wurde durch Stauungshyperämie, verbunden mit Einschnitten und Entleerung des Eiters, völlige, bzw. fast völlige Wiederherstellung der Finger erzielt. Ähnliche günstige Resultate ergaben sich unter Stauungs- oder Saugbehandlung bei anderen eitrigen Prozessen, postoperativen Fisteln nach Pleuraempyem, Appendicitis, Hüftresektion usw.

Kramer (Glogau).

35) **E. Goldmann.** Über die Unterbindung von großen Venenstämmen, nebst Bemerkungen über die Herstellung des venösen Kollateralkreislaufes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. p. 162.)

Von Verletzungen großer Venenstämme beschreibt Verf. folgende Fälle:

1) Verletzung der Vena cava inf. bei der Exstirpation einer pyonephritischen tuberkulösen rechten Niere. Unterbindung der Vena cava oberhalb und unterhalb des 4,5 cm langen und 1,5 cm breiten Defektes. Der Pat. starb am Abende des Operationstages, zeigte aber nach der Operation keinerlei Kreislaufstörungen an den unteren Extremitäten. Die Unterbindung hatte unterhalb der Einmündung der linken Vena renalis stattgefunden. Nur unterhalb der Nierenvenen sind quere Cavaunterbindungen statthaft. Durch Injektionsversuche mit einer Wismut-Ölemulsion gelang es skiagraphisch den Nachweis zu liefern, daß sich ohne erheblichen Injektionsdruck eine Füllung des ganzen Gefäßsystemes von der Vena femoralis aus nach Unterbindung und Resektion der Vena cava erzielen läßt.

2) Unterbindung der Vena subclavia bei einer Resektion der 1. Rippe wegen Caries. Keine Zirkulationsstörungen im Arme.

3) Unterbindung der rechten Vena jugularis communis, der rechten Vena subclavia und der Vena anonyma wegen einer Blutung bei der Exstirpation verkäster tuberkulöser Lymphome mit Übergreifen der Erkrankung auf die Venenwand selbst. Kreislaufstörungen wurden weder am Gesichte noch am Arme beobachtet. Obwohl während der Bemühungen zur Unterbindung wiederholt Luft eingedrungen war, erfolgte Heilung.

Ein plötzlicher Verschluß der Pfortader oder deren Äste wird nicht vertragen, ebensowenig eine Unterbindung der Vena cava inferior oberhalb der Einmündung der Venae renales. Daraus ergibt sich, daß die Unterbindung von Venen nicht allein nach anatomischen, sondern auch nach physiologischen Gesichtspunkten beurteilt werden muß. Hat eine Vene nur eine Leitungsfunktion, so erfolgt nach der Unterbindung ein Ausgleich viel leichter, als wenn ihr neben der Leitungsfunktion noch eine Ernährungsaufgabe zufällt, wie es bei den Venen der Abdominalorgane der Fall ist. Diese Organe reagieren auf Störungen im Bereiche des Venensystems mit schweren funktionellen Schädigungen, während ähnliche Kreislaufstörungen an den äußeren Körperteilen ausgeglichen und überstanden werden.

Als Vorbedingungen für die Herstellung eines venösen Kollateralkreislaufes führt Verf. an: Unversehrte Kollateralbahnen, normalen Blutdruck, Fehlen aller Zustände, welche die normale Fähigkeit der kleinen Gefäße, sich gegen das venöse Blut zu wehren, beeinträchtigen oder aufheben, und offene Lymphbahnen.

M. v. Brunn (Tübingen).

36) **E. v. Bassewitz.** Spielen die Krätzmilben eine Rolle bei der Verbreitung der Lepra?

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 41.)

Verf. bejaht diese Frage auf Grund einer persönlichen Beobachtung. Der Wärter eines Leprakranken, der an schwerer Scabies crustosa erkrankt war, war von diesem mit Scabies infiziert worden und erkrankte später an typischer Lepra nodosa; eine andere Möglichkeit der Ansteckung war nicht nachzuweisen.

Kramer (Glogau).

37) **A. Fränkel.** Schädeldefekt und Epilepsie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 38.)

Es handelte sich um einen Pat., der bei einem Selbstmordversuch eine Verletzung des Schädels und Gehirns sich zuzog, die nach der üblichen Entfernung von Knochensplittern, Abszeßöffnung und Geschoßextraktion schließlich unter bleibenden Schädeldefekten ausheilte. Unmittelbar nach der Verletzung aufgetretene Lähmungserscheinungen und Anfälle von Epilepsie gingen vollständig zurück, bis nach 2 Jahren dem Pat. ein schwerer Gegenstand auf die Schädelnarbe auffiel, worauf ein Stadium heftiger und häufiger epileptischer Anfälle einsetzte. Schon der erste Versuch, beide Schädeldefekte zu decken, hatte einen günstigen Einfluß auf die Anfälle. In dem Maße aber, als das eingepflanzte Knochenstück und die Zelluloidplatte sich aus der Umgebung loslösten und die Stellen des Schädeldefektes des dauernden und festen Verschlusses immer mehr verlustig wurden, rezidivierten die Krämpfe in immer heftigerer Weise. Der psychische Zustand wies bemerkenswerte Veränderungen (Aufregungszustände) auf. Das schwere Krankheitsbild wurde erst dann vollständig behoben, als es F. gelang, die Schädellücken in vollkommen solider Weise durch Zelluloidplatten dauernd zu verschließen. (Seit 8 Jahren völlige Heilung.)

F. nimmt Veranlassung, auf Grund dieses Falles und einiger anderer Beobachtungen sich gegen die Verallgemeinerung der bekannten Kocher'schen Anschauungen auf jeden Fall von Schädeldefekt zu wenden. **Hübener** (Dresden).

38) **Jeannel.** Tumeur cérébrale.

(Arch. méd. de Toulouse 1905. p. 301.)

Bei einem 35 Jahre alten Luetiker, traten innerhalb eines Jahres die Erscheinungen einer Hirngeschwulst in der linken motorischen Rindenzone auf, die trotz antiluetischer Behandlung zunahmen. Die Operation ergab nicht das erwartete Gumma, sondern ein Psammom (Sarcome angiolithique), welches sich an der Innenfläche der Dura entwickelt hatte und die Spitze der oberen Scheitelwindung, den Lobulus paracentralis und die Basis der ersten Stirnwindung einnahm. Stückweise Entfernung der eigroßen weichen Geschwulst, Ausschabung des Geschwulstbettes. Das zu erwartende Rezidiv blieb aus, obwohl vorübergehend einzelne Symptome eines solchen auftraten; Pat. war 1 Jahr nach der Operation noch gesund.

Mohr (Bielefeld).

39) **W. P. Nicolson.** The employment of celluloid plates for covering openings in the skull in operations for epilepsy, brain tumor etc.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Juni 3.)

In fünf Fällen wurden, zum Ersatz von Schädellücken, mit vollem Erfolge Zelluloidplatten verwendet bis zu $3^1/_2$ Zoll Durchmesser. N. nahm dazu Puderquastendosen, deren Deckel leicht konvex ist, so daß die Form gut paßt; sie werden mit der Schere zurechtgeschnitten. Durch Auskochen wird die Form geändert, sie werden deshalb kalt sterilisiert: gewaschen, dann über Nacht in $2^0/_{00}$ige Sublimatlösung, vor der Operation in physiologische Kochsalzlösung gelegt. Durch Bohrlöcher am Knochenrand und in der Platte wird diese dann mit Silberdraht befestigt. Wegen Neigung zu Hämatombildung muß für Sekretabfluß gesorgt werden. Die Platten werden dauernd gut vertragen. **Lengemann** (Bremen).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 52. Sonnabend, den 30. Dezember. 1905.

Meine Methode der Gastroenterostomie, nebst Statistik der nach ihr gemachten Operationen.

Von

Dr. **Fritz de Beule** in Gent (Belgien).

Im vor. Jahre publizierte ich in den »Ann. de l'acad. royale de méd. de belgique« eine neue Methode der Gastroenterostomie, nach

welcher Circulus vitiosus und Rückfluß von Galle und Pankreassaft im Magen auf ganz einfache Weise sicher zu vermeiden sind. Ich schlug vor, die Gastroenterostomie mit einem von mir speziell angegebenen Knopfe zu machen, der so konstruiert ist, daß Mageninhalt, Galle und Pankreassaft gezwungen den Weg des abführenden Schenkels der anastomosierten Darmschlinge einschlagen müssen und nur in ihm abfließen können. Die Konstruktion des Knopfes ist sehr einfach und aus den nebenstehenden Abbildungen leicht verständlich. Wie man gleich sieht, besteht das Eigentümliche darin, daß die Lichtung des Knopfes nicht gerade, sondern nach Art der Wasserhähne mit einer Krümmung von 30° gebogen verläuft, so daß sie sich in einem Teile (dem Teil für den Magen) terminal und im anderen Teile (dem Teil

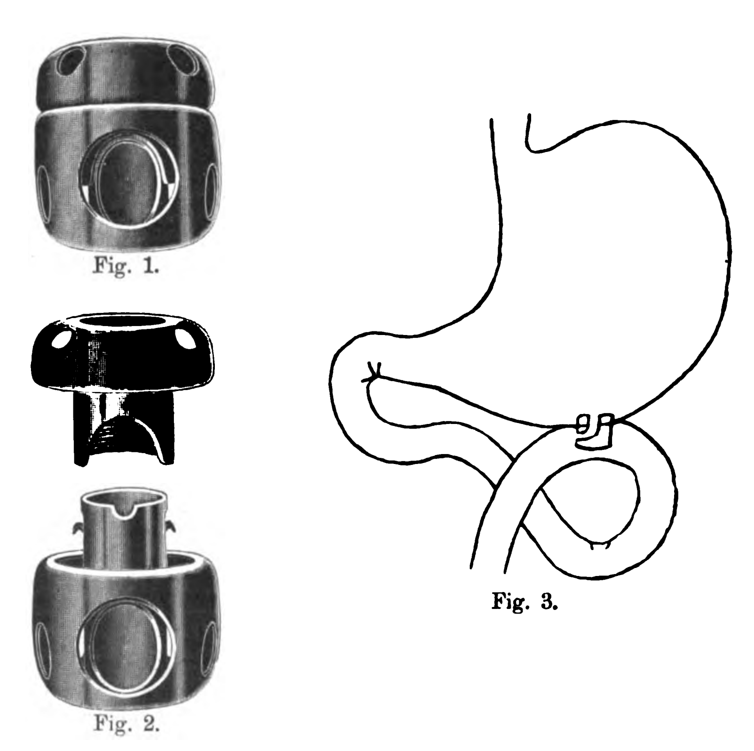


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

für den Darm) lateral öffnet. Noch möchte ich bemerken, daß, wenn die zwei Teile ineinandergedrückt sind und mithin der Knopf geschlossen ist, man sie zur Lösung nicht auf langwierige Weise abzuschrauben braucht; eine halbe Drehung genügt, und durch einen sehr einfachen Mechanismus öffnet sich bei leisem Ziehen der Knopf von selbst. Die Verwendung des Knopfes ist einfach und leicht. In der üblichen Art werden die zwei Teile, der kleinere durch die Magen-, der größere durch die Dünndarmwand geführt und mittels Tabaksbeutelnaht das Magen- bzw. Darmloch auf dem inneren Zylinder verschlossen; dann dreht man die Teile so, daß die Querschnitte, die jeder am freien

Rande trägt und die nur zur Orientierung dienen, gerade übereinander stehen in der Richtung des abführenden Darmschenkels; jetzt drückt man die zwei Teile fest ineinander und schließt so den Knopf; die Öffnung des Knopfes sieht lateral in den Darm in der Richtung der rektalen Schlinge; das kann man leicht durch die Darmwand durchfühlen. Wer die nebenstehende Zeichnung anschaut, die schematisch eine Gastroenterostomie mit meinem Knopfe darstellt, findet es selbstverständlich, daß aus rein physikalischen Gründen der Mageninhalt nicht in den zuführenden, sondern nur in den abführenden Darmschenkel abfließen kann, und ebenso, daß Galle und Pankreassaft niemals in den Magen, sondern nur in die abführenden Schlingen sich ergießen können. In dieser Beziehung habe ich die Zweckmäßigkeit meines Knopfes oft genug an der Leiche geprüft, und auch die klinischen Ergebnisse meiner Methode haben sie glänzend bestätigt.

Ich verfüge jetzt über 22 mit meinem Knopf ausgeführte und mir bekannte Gastroenterostomien; diese Operationen stammen von Debaisieux, Gersuny, Moskowicz, Bier, Schmieden, Kümmell, Hedlund und mir. Zur Herstellung einer Statistik sind zwei von ihnen auszuschließen; erstens eine Pylorektomie wegen Carcinoma ventriculi nach Billroth II, in welcher die Gastroenteroanastomose mittels meines Knopfes gemacht wurde (Kümmell); der betreffende Kranke ging 3 Tage nach der Operation an Pneumonie zugrunde; die Sektion zeigte, daß die Anastomose ganz in Ordnung war und keine Spur von Peritonitis vorlag; im zweiten Falle handelte es sich um eine Pat., die wegen Gallensteinkrankheit cystektomiert war und nach 2 Tagen typische Pylorusverschlußerscheinungen bekam; es wurde quasi in extremis eine Gastroenterostomie mit meinem Knopf angelegt (Moskowicz); die Kranke starb wenige Stunden nachher. Die übrigen 20 Fälle betreffen reine, unkomplizierte Gastroenterostomien, 2mal wegen gutartiger narbiger Pylorusstenose, 18mal wegen Carcinoma ventriculi; teilweise wurde Gastroenterostomia anterior antecolica, teilweise posterior retrocolica ausgeführt. Die zwei Pat. mit gutartiger Stenose heilten glatt (Gersuny); von den 18 Karzinomkranken, deren mehrere sehr alt und die meisten ganz heruntergekommen waren, heilten 16; zwei starben infolge der Operation. Der erste war ein 46jähriger Mann, so elend, daß man ihm die Operation schon verweigert hatte; auf seine dringende Bitte operierte man doch (Debaisieux). Obwohl der Kranke unmittelbar nach der Operation ganz gut Nahrung aufnehmen konnte und auch nichts erbrach, ging er unter den Erscheinungen immer wachsender Schwäche am 4. Tage zugrunde; Zeichen von Peritonitis oder Pneumonie lagen nicht vor; Sektion wurde nicht gemacht. Der zweite Fall betrifft eine 72jährige, sehr schwache Frau, die 3 Tage nach der Operation (Hedlund), als sie schon flüssige Speisen mit gutem Appetit zu sich nahm, an Pneumonia bilateralis erkrankte, der sie am 5. Tag erlag; bei der Sektion fand man den Magen leer, zusammengezogen, keine Spur von Peritonitis, Magen und Darm durch den Knopf gut und fest vereinigt. Unter die geheilten Fälle rechne ich eine von Debaisieux operierte Frau, die in der 4. Woche, als sie bereits in vorzüglichem Zustande das Spital verlassen wollte, plötzlich mit pyämischen Erscheinungen zugrunde ging; der Knopf war schon lange abgegangen; die Sektion zeigte zwischen Magen und Darm eine breite, feste Anastomose, es bestand keine Peritonitis, aber im retroperitonealen Raume fand man einen ca. faustgroßen Abszeß, durch Perforation des ulzerierten Karzinoms hervorgerufen; metastatische Abszesse saßen in beiden Kniegelenken, in der Leber und in den Lungen. In den 22 Fällen kam, abgesehen von dem leichten Narkoseerbrechen, das bei einigen Kranken einoder zweimal, jedoch ohne die mindeste Beimischung von Galle eintrat, nur ein einziges Mal Erbrechen zur Beobachtung; aber bei dem betreffenden Kranken handelte es sich nicht um das typische gallige Erbrechen, wie man es bei Circulus

vitiosus oder Rückfluß von Galle und Pankreassaft in den Magen beobachtet; die erbrochenen Massen waren fäkaloid, so daß man Rückfluß des Inhaltes der abführenden Darmschlinge, wie es zum erstenmal nach der Gastroenterostomie von Kocher beschrieben wurde, annehmen mußte. Solchen Rückfluß konnte natürlich mein Knopf nicht verhüten; das Erbrechen hörte nach 2 Tagen auf, und der betreffende Kranke heilte vortrefflich. In elf Fällen ging der Knopf vom 12.—29. Tage ab; in drei Fällen wurde er beim Entlassen durch die Röntgenographie zweimal in der Ileocoecalgegend, einmal in der Fossa iliaca sinistra nachgewiesen, einmal fiel er in den Magen (Kümmell). In den übrigen Fällen bekam ich über das Schicksal des Knopfes keine Auskunft, aber soviel ich weiß, hat der zurückgebliebene Knopf niemals Beschwerden hervorgerufen.

Wenn ich danach meine Statistik aufstelle, finde ich folgendes: von 20 typischen Gastroenterostomien endigten zwei letal; die Gesamtmortalität beträgt also 10%; von wegen gutartiger Pylorusstenose operierten Fällen besitze ich nur zwei, gewiß zu wenig, um eine Prozentzahl herstellen zu dürfen; in den beiden Fällen, wurde glatte Heilung erzielt; wegen Carcinoma ventriculi wurden 18 Kranke gastroenterostomisiert; davon starben zwei, also 11,11%.

Bei Durchsicht der Erfolge, welche die üblichen Methoden der Gastroenterostomie in den letzten Jahren, als Technik und Asepsis schon so gut wie jetzt ausgebildet waren, bei Magenkarzinom ergeben haben, finde ich im Durchschnitt 25% Todesfälle; die besten Statistiken geben mindestens 20% Mortalität, in den meisten steigt diese auf 25, 30, 35 und mehr[1].

Also gibt die Gastroenterostomie nach meinem Verfahren noch nicht die Hälfte der Mortalität, welche bisher von den besten Chirurgen mit den verschiedensten Operationsmethoden angegeben wurde; und meine Statistik hat dabei noch den besonderen Wert, nicht von einem, sondern von mehreren Operateuren zu stammen.

Ich glaube diese glänzenden Resultate darauf zurückführen zu können, daß unmittelbar nach der Operation die physiologischen Verhältnisse zwischen Magen und Darm wieder in ganz normaler Weise hergestellt werden; der Mageninhalt entleert sich leicht in den Darm und nur in den abführenden Schenkel; Galle und Pankreassaft fließen direkt in die rektale Darmschlinge und vermögen nicht durch Rückfluß die Magenfunktionen zu stören; zum Erbrechen gibt es also keinen Grund, und zum Erbrechen kommt es auch nicht. Meiner Ansicht nach ist das Fehlen jeden Erbrechens für den Kranken von größter Wichtigkeit. Denn, heruntergekommen und ausgehungert wie er gewöhnlich ist, braucht der Gastroenterostomierte vom ersten Tage nach der Operation kräftige, aber leicht verdauliche Nahrung. Wenn die gereichten Speisen immer und immer 2, 3, 5 und mehr Tage lang wieder ausgebrochen werden, wenn dabei die mangelhaften Kräfte, durch Narkose und Operationschok erschöpft, beim gewaltigen und

[1] v. Mikulicz: 26,5%, Czerny: 21%, Kocher (Matti): 36,36%, Körte Nordmann): 19,40%, v. Eiselsberg: 25,57%, Krönlein (Schönholzer): 24,3%, Garrè (Stich): 34,5%, Krause: 48%, Rotgans: 20%, Roux: 31,41%, Mayo-Robson: 29,41%, Pauchet: 27,58% u. a. m.

kontinuierlichen Erbrechen noch abgeschwächt werden, ist es kein Wunder, daß schließlich das Herz ganz versagt und Exitus letalis im Kollaps oder an hypostatischer Pneumonie eintritt. Daß auch die kurze Dauer des Eingriffes und das minimale Operationstrauma bei meiner Methode eine günstige Rolle spielt, halte ich für sicher: in 20, höchstens 25 Minuten ist ein fixer Operateur mit der Operation fertig, und eine komplizierende Enteroanastomose nach Braun oder etwaige Suspension der Darmschenkel braucht man natürlich nie.

Ich weiß, daß man dem Knopf in der Gastroenterostomie immer den Vorwurf macht, daß er in den Magen fallen oder im Darm zurückbleiben und so Beschwerden hervorrufen kann, weiter, daß die von ihm bewirkte Anastomose später durch narbige Retraktion der Ränder verkleinert wird. Czerny, Kümmell, Sonnenburg, Bier und viele andere haben hunderte Male den Knopf verwendet und von der soviel besprochenen Fremdkörpergefahr kaum etwas gesehen. Dabei bestätige ich, daß in den 14 Fällen, in denen ich Auskunft über das Schicksal des Knopfes bekam, dieser nur ein einziges Mal in den Magen hineingefallen war. Von der narbigen Stenose der mittels Knopfes geschaffenen Anastomose ist zwar viel geredet, doch ist sie äußerst selten beobachtet worden. Ich hatte Gelegenheit, eine Kranke zu sezieren, die 8 Monate nachdem ich sie operiert hatte an Kachexie zugrunde gegangen war; bis in die letzten Tage war die Magenfunktion vorzüglich, und ich fand die Anastomose zwischen Magen und Darm für den Daumen gut durchgängig; es bestanden ausgedehnte Metastasen im großen Netz und in der Leber. Außerdem verlieren bei der Gastroenterostomie wegen Carcinoma ventriculi die beiden genannten Vorwürfe ihr ganzes Gewicht, da doch die Lebensdauer nach der Operation nur kurze Monate beträgt. Auch empfehle ich mein Verfahren besonders für Karzinomkranke.

Der von mir angegebene Knopf ist von den Firmen Reiner in Wien, Eschbaum in Bonn, Schaerer in Bern, Lausanne, Paris und Brüssel zu beziehen.

---

1) **R. Kraus** und **A. Prantschoff.** Über das konstante Vorkommen der Spirochaete pallida im syphilitischen Gewebe bei Menschen und Affen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 37.)

Die Verff. gelangen auf Grund ihrer zahlreichen Untersuchungen an Menschen und Affen zu folgenden Schlüssen:

Die Spirochaete pallida kommt im gesunden Gewebe (Haut, Organe) des Menschen und Affen und auch in andersartig nicht syphilitisch erkrankten Geweben nicht vor.

Sie läßt sich konstant in syphilitischen Produkten bei Menschen und Affen nachweisen.

Aus der Konstanz der Befunde, namentlich auch in experimentell erzeugten Sklerosen bei Affen, und aus dem Fehlen in gesunden

und andersartig erkrankten Geweben läßt sich mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die Spirochaete pallida als Erreger der Syphilis beim Menschen und bei der experimentellen Syphilis bei Affen anzusprechen ist. **Hübener** (Dresden).

---

2) **Petrén.** Beiträge zur Symptomatologie der Karzinose des Rumpfskelettes.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 4.)

Während man bisher fast nur denjenigen Fällen von Krebsmetastasen in der Wirbelsäule Aufmerksamkeit geschenkt hat, welche Difformitäten der Wirbelsäule, Kompression des Rückenmarkes oder Wurzelsymptome machen, gibt es, wie P. in 4 Fällen zeigt, Wirbel- und Beckenknochenmetastasen, welche ohne jene Symptome heftige Schmerzen und Unmöglichkeit zu gehen verursachen. Es verhält sich in dieser Hinsicht die Skelettkarzinose nach Brustkrebs sehr ähnlich wie nach v. Recklinghausen's Untersuchungen diejenigen bei Prostatakarzinomen. Man muß also beim Auftreten von schweren und lange bestehenden Schmerzen nach Brustkrebs, deren Ursachen durch die Untersuchung der Kranken nicht dargelegt werden kann, an Karzinose des Skelettes denken. Auch wenn die Amputatio mammae schon mehrere Jahre zurückliegt, die Lokalisation der Schmerzen unbestimmt und wechselnd ist, soll man den Verdacht auf Karzinose des Skelettes lenken; sehr wahrscheinlich wird diese Diagnose, wenn die Schmerzen besonders an Bewegungen des Rumpfes gebunden sind, oder wenn eine Schwerfälligkeit der Bewegungen, besonders des Ganges, oder Unfähigkeit zu gehen, für welche sich eine genügende objektive Ursache nicht nachweisen läßt, hinzutritt.

Haeckel (Stettin).

---

3) **H. Küttner.** Über teleangiektatische Granulome. Ein Beitrag zur Kenntnis der sog. Botryomykose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. p. 1.)

K. beschreibt vier Fälle jener eigenartigen Geschwulst, die in neuerer Zeit, besonders von französischen Autoren, als Botryomykose des Menschen beschrieben und als Analogon zur Botryomykose der Tiere betrachtet worden ist. Der Sitz der Geschwulst war in einem Falle die Hand, in zweien der Fuß, in dem letzten das Kinn. Die kleinen gestielten Geschwülste zeichnen sich aus durch ihre große Neigung zu Blutungen. Residuen dieser Blutungen sind die Veranlassung, daß nicht selten eine Verwechslung mit Melanosarkomen nahe liegt. Die Neigung zu Blutungen rührt her von dem großen Gefäßreichtum der Geschwülste, welche histologisch einen ganz typischen Bau zeigen. Es sind Granulationsgeschwülste, die sich jedoch von gewöhnlichen Granulationsgeschwülsten dadurch unterscheiden, daß in ihnen die Kapillaren an Menge und Ausdehnung

enorm zugenommen haben, und daß auch die Zellmassen der Geschwulst aus einer Wucherung der Endothelien hervorgegangen sind.

Die Frage, ob die Botryomykose durch einen spezifischen, den Staphylokokken nahe stehenden Erreger hervorgerufen wird, beantwortet K. nach seinen Untersuchungen und nach kritischer Wertung der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen in negativem Sinne. Die in den Geschwülsten gefundenen Kokken sind gewöhnliche Staphylokokken. Gegen einen spezifischen Erreger sprechen die geringen Unterschiede gegenüber den gewöhnlichen Staphylokokken, das Fehlen einwandsfreier Resultate im Tierexperimente, das überwiegende Vorkommen der Kokken in den periphersten, einer Infektion von außen am leichtesten zugänglichen Teilen der Geschwülste, ihr Vorkommen ausschließlich in alten, seit längerer Zeit bestehenden Geschwülsten, ihr inkonstantes Vorkommen überhaupt und die Möglichkeit einer Verwechslung mit zelligen Degenerationsprodukten.

K. ist der Ansicht, daß für die Entstehung der beschriebenen Granulome traumatische Einwirkungen eine Rolle spielen, wofür vor allem die Bevorzugung so exponierter Stellen, wie es Hände und Füße sind, spricht. Er faßt den ganzen Prozeß auf als eine schleichende Infektion mit Staphylokokken, wobei es nicht zur Eiterung, sondern zur Bildung von Granulationsgewebe kommt. Die auffallend starke Gefäßwucherung führt er auf häufige Gefäßschädigungen in den, vielen Traumen ausgesetzten Geschwülsten zurück. Da jeder Anhaltspunkt dafür fehlt, daß wir in den als Botryomykosis hominis bezeichneten Erkrankungen eine spezifische Infektionskrankheit vor uns haben, empfiehlt K., die Bezeichnung »Botryomykose« vorerst ganz fallen zu lassen und die Krankheitsprodukte nach ihrem histologischen Bau als teleangiektatische Granulome zu bezeichnen.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

4) **Mally et L. Richon.** Contributions à l'étude des impotences fonctionelles consécutives aux traumatismes articulaires.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 3, 5, 7—10; XXV. ann. Nr. 4—6.)

Obgleich die mühsame Arbeit der Verff. in nicht weniger als neun Heften zweier Jahrgänge der Revue de chir. niedergelegt ist, wobei den breitesten Raum die mit allen technischen Einzelheiten der Untersuchung und Behandlung wiedergegebenen Fälle einnehmen, kann im großen und ganzen auf eine frühere Arbeit verwiesen werden, wo in größerer Kürze die gleichen Gesichtspunkte für Prognose, Untersuchung, Behandlung, anatomische Unterlage entwickelt worden.

Wenn auch im allgemeinen die Lähmungen, welche auf Gelenktraumen folgen, bezüglich ihrer Intensität nicht in direktem Verhältnis zur Schwere der Verletzung stehen, die das Gelenk betraf, so ist doch andererseits ein deutliches Verhältnis zwischen Schwere der Atrophien und Heilungsdauer der Gelenkaffektion — Hydarthros, Hämarthros — erkennbar. Für die Prognose gibt die Untersuchung mit konstantem Strom dann gewisse Anhaltspunkte, wenn der Unter-

schied der Erregbarkeit zwischen gesundem und geschädigtem Muskel $^{200}/_{1000}$ Watt übersteigt.

Die Behandlung muß auf möglichst schnelle Heilung des Gelenktrauma hinzielen; sind Reflexlähmungen vorhanden, die besonders an den unteren Extremitäten prognostisch ungünstiger zu beurteilen sind, so kommt man bei leichten Fällen ohne Atrophie mit Faradisieren vielleicht aus; die ersteren hingegen verlangen schonende Behandlung, konstanten Strom, besser noch Franklinisierung und elektrisches Bad. Auf alle Fälle vermeide man Reizung der betroffenen Gelenke durch brüske passive oder aktive Maßnahmen; die statische Elektrizität übt besonders bei schmerzhaften Kontrakturzustände — wenn sie auch bei Degeneration der Zentren (Vorderhornganglien) nicht mehr die Rückbildung ermöglicht — doch eine höchst wohltuende beruhigende Wirkung.

Auf die Wichtigkeit dieser speziell die Unfallheilkunde betreffenden Publikationen braucht kaum besonders hingewiesen zu werden.

Christel (Metz).

---

5) **E. Grunmach.** Über die diagnostische Bedeutung der Röntgenstrahlen für die innere Medizin.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1905. Nr. 9.)

6) **H. Kümmell.** Die Bedeutung der Röntgenographie für die Chirurgie.

(Ibid.)

7) **A. Hoffa.** Die Röntgenographie in der Orthopädie.

(Ibid.)

8) **H. Küttner.** Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Kriegschirurgie.

(Ibid.)

9) **Immelmann.** Die Röntgenstrahlen als Heilmittel.

(Ibid.)

10) **Albers-Schönberg.** Die Entwicklung und der derzeitige Stand der Röntgentechnik.

(Ibid.)

Vorstehende Aufsätze sind zum Jubiläum von Röntgen's Entdeckung entstanden; sie geben ein treffendes Bild von dem Werte, den die X-Strahlen für die genannten Zweige der Medizin erlangt haben. A.-S. schildert insbesondere, wie mit der Vervollkommnung der Röntgentechnik ihre diagnostische und therapeutische Ausbeute vermehrt und die Erkenntnis von der Einwirkung der neuen Strahlen auf den Tierkörper und von der Notwendigkeit eines Schutzes gegen ihre Schädigungen fortgeschritten ist. Die Schwierigkeit, Kostspieligkeit und die große Verantwortlichkeit bei der Anwendung des Röntgenverfahrens lassen den Verf. an seinem bereits früher begründeten

Standpunkt festhalten, daß es wirklich sachgemäß nur von Spezialinstituten und Krankenhäusern ausgeübt werden kann.

Gutzeit (Neidenburg).

11) **Béclère.** La radiothérapie dans les leucémies.

(Soc. méd. des hôpitaux 1905. Juni 6; Bulletins p. 480—486.)

B. stellt unter Anführung eines eigenen Falles die bisherigen Erfolge der Röntgenbehandlung bei Leukämie zusammen und kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Röntgenbehandlung ist bei allen Formen der Leukämie die beste Behandlungsmethode und ist um so wirksamer, je frühzeitiger sie einsetzt. Besteht über die Natur einer Milzvergrößerung oder einer Lymphdrüsenerkrankung Zweifel, so kann die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen zur Differentialdiagnose beitragen. Der Erfolg der Röntgenbehandlung besteht gewöhnlich in Verschwinden des Fiebers, Besserung des Allgemeinzustandes, Aufhören der Schmerzen, der Ödeme, der Albuminurie, Zunahme der Kräfte und des Körpergewichts, bedeutender Abnahme der Milz- und Drüsenschwellungen, welche sogar ganz verschwinden können. Das Blut verliert allmählich den Charakter des leukämischen, die roten Blutkörperchen nehmen zu, und allmählich kann die Leukocytenformel wieder normal werden, gewöhnlich schneller bei der myelogenen Form, langsamer bei der lymphatischen. Alle diese Erfolge beziehen sich auf chronische Leukämie. Die Röntgenbehandlung muß sehr lange dauern und unter Umständen auf unbegrenzte Zeit fortgesetzt werden.

Mohr (Bielefeld).

12) **Thies.** Wirkung der Radiumstrahlen auf verschiedene Gewebe und Organe.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 5.)

T. experimentierte an Meerschweinchen, um die Radiumwirkung auf verschiedene Gewebe und Organe zu studieren; er benutzte eine Kapsel mit 20 mg Radiumbromid. Es zeigte sich, daß kein Gewebe dadurch unbeeinflußt bleibt, es sei denn das elastische Gewebe, das zum wenigsten sehr widerstandsfähig ist. An erster Stelle an Empfindlichkeit steht das adenoide Gewebe, die Milz, die Lymphdrüsen, das Knochenmark; die Lymphocyten und polynukleären Leukocyten verschwinden fast vollständig.

Demnächst ist äußerst empfindlich die Epithelzelle der Haut; sie geht an der bestrahlten Stelle vollständig zugrunde; unter gewissen Umständen aber wuchern die Epidermiszellen stark, und es kommt zu einem Bilde, wie man es sonst bei dem Hautkankroid beobachtet, ohne daß damit gesagt sein soll, daß ein solches vorliegt.

Sehr intensiv reagieren die Gefäße. Die Gefäßveränderung gipfelt in starker blasiger Vortreibung der Endothelien, die bei kleineren Gefäßen zum vollkommenen Verschluß der Lichtung führen kann.

Die quergestreiften Muskelfasern reagieren ziemlich stark und gehen bis auf eine gewisse Tiefe zugrunde.

Das kollagene Bindegewebe und der hyaline Knorpel gehen zugrunde an der Bestrahlungsstelle, in weiterer Entfernung aber findet eine starke Wucherung statt, so daß dort z. B. der Processus ensiformis des Meerschweinchens um das dreifache oder mehr verdickt wird.

Haeckel (Stettin).

---

13) **W. J. McCardie.** Ethyl chloride as a general anaesthetic.

(Lancet 1905. Oktober 7.)

Verf., Anästhesist an mehreren Hospitälern in Birmingham, dessen Ansichten über Narkotika also wohl gehört zu werden verdienen, kommt nach umfangreicher Prüfung des Äthylchlorids zu folgendem Resultate:

Als Allgemeinnarkotikum nimmt Äthylchlorid eine Stelle ein zwischen Lachgas und Äther; es ist mehr toxisch, als das erstere, und bei geeigneter Auswahl der Fälle nahezu ebenso sicher, wie der letztere. Was die Ungefährlichkeit angeht, so bildet Lachgas eine Klasse für sich und sollte daher, wo angängig, angewandt werden. Äthylchlorid erscheint eher geeignet, in bestimmten Fällen Chloroform und Äther zu ersetzen. Für kurze Operationen, die längere und tiefere Anästhesie und größte Muskelerschlaffung erheischen, als wie sie Lachgas oder Lachgas mit Sauerstoff erzeugen können, ist Äthylchlorid von großem Vorteil. Als Einleitungsmittel zur Äthernarkose ist es ohnegleichen. In Fällen, wo Schwellung im Halse besteht oder Laryngitis, Kehlkopfödem oder Verengerung der Luftwege überhaupt, ist es kontraindiziert.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

14) **W. Schneider.** Über Anthrasol als Teerersatz.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1905. Nr. 6.)

Anthrasol ist ein gereinigter, farbloser Teer, eine Mischung von Steinkohlenteer mit gereinigtem Wachholderteer. Die Vorzüge des Präparates vor dem gewöhnlichen Teer bestehen in der Dünnflüssigkeit und darin, daß die Wäsche nicht beschmutzt wird. Ferner ist die Anwendungsweise sehr bequem, weil das reine Mittel oder der Anthrasolspiritus nach dem Aufpinseln rasch trocknen, so daß ein Verband unnötig wird. Für die Behandlung des Pruritus und der Urticaria ward es mit großem Vorteil am besten als Glyzerinsalbe verordnet. Im übrigen ist das Mittel bei chronischen Ekzemen, Skabies und Hyperhidrosis zu empfehlen.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

15) **Leedham-Green.** Some further experiments on the sterilization of the hands and the skin.

(Brit. med. journ. 1905. September 30.)

Verf. empfiehlt als Ergebnis seiner Experimente die Verwendung der Antiseptika, besonders des Sublimats, in alkoholischer Lösung bei

der Händedesinfektion und erklärt die gute Wirkung des Sublimat-Alkohols 1:1000 zum großen Teil durch den adstringierenden Einfluß sowohl des Alkohols wie des Sublimats auf die Haut. Die Epidermis wird gehärtet, die Zellen fester aneinander gefügt, die Loslösung von Keimen erschwert. Das von Engel und Sarwey empfohlene Sublamin hat diese adstringierende Eigenschaft bei weitem nicht in dem Maße wie das Sublimat und nach Meinung des Verf.s aus diesem Grund und experimentell nachgeprüft durchaus nicht die von Engel und Sarwey so gerühmte Überlegenheit desinfektorischer Kraft. Aus ähnlichen Gründen verwirft Verf. die vorbereitenden Umschläge des Operationsgebietes mit wäßrigen Lösungen von Desinfizientien jeder Art und fordert deren Ersatz durch alkoholische Solutionen. Er fand experimentell, daß diese feuchtwarmen Umschläge mit wäßrigen Lösungen nicht nur keine Keime abtöten, sondern vielmehr ihre Anzahl durch Auflockerung der Epidermis vermehren.

Weber (Dresden).

---

16) **S. v. Gurbski.** In Sachen der Spina bifida.

Inaug.-Diss., Dorpat, 1902. (Russisch.)

Aus Koch's Schrift über Spina bifida 1881 geht hervor, daß die Alten so ziemlich alle Varianten der als Spina bifida zusammengefaßten Störungen, außer z. B. der Spina bifida occulta, die durch den Wirbelspalt tretende Hernie des Rückens, kannten, und daß, wenn nicht die Alten, so doch Heimgegangene, u. a. Foerster, prinzipielle Unterschiede zwischen Spina bifida einerseits, Anencephalie und Encephalokele andererseits aufzufinden sich außer Stande erklärten. Sodann gab Koch die feinere Anatomie des Rückenmarkes der Spina bifida. Lag dasselbe als Platte auf der Wirbelrinne (Schisisformen), so bestand es aus marklosen Nervenfasern mit Ganglienzellen dazwischen, ohne jedesmal Zusammenhang mit den Rückenmarkswurzeln zu haben. Hatte aber das Rückenmark zum Zylinder sich entwickelt, so war der Unterschied vom gewöhnlichen die lamellöse Struktur dieses Zylinders, mit weiten Spalträumen zwischen den Lamellen. Beides ist heute ebenso vergessen wie die Tatsache, daß es eine Spina bifida gibt, bei der die Menge des Liquor nahezu konstant bleibt, während letzterer andere Male, unter Drucksteigerung innerhalb der meningealen Räume, stetig sich vermehrt. Doch kennen wir in diesem Falle die Höhe des Druckes nicht, da Quinke's Messungen nur an der ersten Gruppe vorgenommen zu sein scheinen (vgl. übrigens Spiro). Ein doppeltes Rückenmark auf einer Wirbelrinne, welches auf Grund älterer Funde der Zoologen möglich wäre, ist wenigstens bei der Spina bifida hominis, trotz zahlreicher positiver Angaben, nicht, auch nicht von v. Recklingshausen bewiesen worden. Die Täuschung wurde allemal durch ein einziges, längshalbiertes, doppelt zylindrisches Rückenmark hervorgerufen. v. Recklingshausen endlich erörterte auf das gewissenhafteste das Verhältnis der meningealen Häute zum Rückenmark der Spina bifida, wie wir ihm dafür zu danken haben, daß er

das häufige Zusammentreffen der Spina bifida mit anderen »Mißbildungen«, z. B. auch mit kombinierten Fibromen der meningealen Häute, ganz besonders betonte. Es läßt sich behaupten, daß der Spina bifida keine einzige Mißbildung fremd ist, daß oft aber mehrere, selbst viele derselben zusammen mit Spina bifida sich vorfinden.

Unzulässig erscheint es, als Ursache der Spina bifida die besondere Ausgestaltung der meningealen Häute oder die treibende Kraft der meningealen Sekrete hinzustellen. Beide kommen schon deshalb nicht in Frage, weil, wenigstens beim Menschen, diese Meningen verhältnismäßig spät auftreten, über die Spina bifida aller Kategorien aber, entgegen heutigen Anschauungen, schon in den ersten Stunden der Entwicklung entschieden wird. Da irgendwelche andere mechanische oder parasitäre Schädlichkeiten der Entwicklungsperiode ebenfalls fehlen, bleibt allein die sog. atavistischer Einflüsse zu untersuchen übrig. Läßt man diese nur in dem Sinne zu, daß es sich um Ausgestaltungen handeln muß, welche bei allen oder wenigstens den meisten direkten Ahnen des Menschen (Seitenlinien der Prosimier, Nager, Beutler, Fossilen sich nähernde Reptilien und Amphibien) vorkommen, so ist dieser Gesichtspunkt gegenüber der Spina bifida hominis deswegen gegenstandslos, weil keine Vertebratenfamilie bekannt ist, bei welcher der Wirbelkanal, mit dem verschieden entwickelten Rückenmark darauf, permanent offen bleibt. Plausibler erscheint deshalb die Analogie, etwa wie diese Hertwig formuliert, indem er die Spina bifida mit der Disposition der offen bleibenden Gastrula niedrigster Metazoen, z. B. der Aktinien, vergleicht. (Doch steht noch nicht fest, ob, die Gegend um den Canalis neurentericus natürlich ausgenommen, Gastrula und offene Wirbelrinne dasselbe bedeuten. Ref.) Die Gründe aber, welche verbieten, die experimentell erzeugte Spina bifida und die natürliche zu identifizieren, sehe man im Original ein; in ihm wird u. a. darauf hingewiesen, daß die noch offene Wirbelrinne bei Vögeln nur natürlich ist, wenn hohe, in der Regel alle Systeme abtötende Wärmegrade schon im Anfange der Entwicklung zur Wirkung gelangen. Der in solch einem Stadium erzwungene Tod ist noch keine Spina bifida.

Von erfreulichen therapeutischen Resultaten weiß G. wenig zu berichten (cf. die Jahrgänge dieses Blattes). Nach wie vor muß die Jodtinkur verworfen werden, obwohl sie nicht schadet, wenn sie in den oft sehr dicken suprameningealen Schichten sich verfängt. Aber sie muß töten, wenn sie die Oberfläche oder das Parenchym des Hirns und Rückenmarks erreicht. Auch die Ausrottung der größeren Säcke ist schon deshalb gefährlich, weil während derselben viel Liquor, eine Flüssigkeit mindestens derselben Dignität wie Lymphe (cf. Ludwig und Emminghaus) verloren geht. Überwindet das Kind aber auch mit diesen Verlusten den schon von A. Cooper gefürchteten Lufteintritt, so pflegen, trotz gelungener prima intentio, später erschöpfende Lymphfisteln sich zu bilden, die zu schließen namentlich bei der viel Liquor absondernden Variante, in unserer Macht nicht liegt. Die Isolierung

des meningealen Sackes und seine Verkleinerung durch mehrfache Einstülpung (ohne Eröffnung) dürfte also das mildere Verfahren sein, falls man überhaupt operiert (Koch)[1]. Bei kleinen Säcken, besonders der Encephalokele mit wenig Hirndetritus liegen die Verhältnisse natürlich günstiger; der kosmetische Erfolg aber, dessenwegen man doch allein operiert, bleibt, infolge der gleichzeitigen Verbildung der Nachbarschaft, durchschnittlich gering. Vor der Berstung des meningealen Sackes endlich fürchte man sich wenig, da selbst die durchscheinendsten Formen fester und dicker zu sein pflegen, als man animmt. Den vielen, übrigens selbstverständlichen Vorschlägen, so entstandene Eröffnungen, den Canalis neurentericus und die Partiarschise plastisch zu verschließen, dürfte auch deswegen ein nur bescheidener Wert innewohnen, weil die Infektion der Meningen durch solche Pforten zu den größten Seltenheiten gehört. (Erwähnt sei noch, daß, als in der Klinik gelegentlich der Encephalokele ein größeres Stück des Nasenstirnhirnes abgetragen worden war, sofort Atmungsstillstand eintrat, das Herz aber bei — unterbrochen — künstlich fortgeführter Atmung noch 3 Stunden lang schlug. Es dürften also Beziehungen zwischen Stirnhirn und Atmung existieren. Was zu ermitteln bleibt, wäre die Natur der meningealen Cysten der Wirbelsäule, soweit diese als Teilerscheinungen besonderer Abschnürungen des Schwanzendes der Wirbelsäule oder dort sitzender Teratome nicht anzusprechen sind. Da diese reine Cyste immer mit vorderer (Marchand) oder hinterer Wirbelspalte sich vergesellschaftet, wird sie anderer Bedeutung als die Spina bifida selbst kaum sein. Ref.). **W. Koch** (Dorpat).

---

17) **Gessner. Die Prädisposition der Lungenspitze für Tuberkulose in entwicklungsgeschichtlicher Beleuchtung.**

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 2.)

Verf. nimmt für die so häufige Erkrankung der Lungenspitze, des Wurmfortsatzes und der Gallenblase ein gleiches ursächliches Moment an. Alle drei seien Endigungen, Spitzen von Hohlorganen, hervorgegangen aus Ausstülpungen des fötalen Darmrohres, späterhin in der Rumpfhöhle fixiert und mehr oder weniger rechtwinklig angesetzt an ihr Kanalsystem. Jede plötzliche Erhöhung des Druckes in den Rumpfhöhlen führe zur Rückstauung des jeweiligen Inhaltes der drei Hohlorgane gegen ihre Spitze hin, damit zu einer Zirkulationsstörung in den Blut- und Lymphgefäßen der Wandung und dadurch zu einer größeren oder geringeren Erhöhung der Disposition für infektiöse Prozesse. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

[1] Läßt sich mit einigem Erfolge bei größeren kavernösen Angiomen, Blutcysten u. a. gleichfalls anwenden. Koch.



18) **Gessner.** Läßt sich eine Stenose der oberen Thoraxapertur durch Messung nachweisen?

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 2.)

G. hat analog der Beckenmessung in der Geburtshilfe ein Verfahren ersonnen zur Messung der oberen Thoraxöffnung. Mit dem Tasterzirkel stellt er die Entfernung zwischen dem Processus spin. des 7. Halswirbels und der vorderen oberen Kante des Brustbeins fest und die Entfernung zwischen den lateralen Enden der Schlüsselbeine. Aus 870 Messungen an Personen vom 1. Lebensmonate bis zum 90. Jahre hat er Durchschnittswerte berechnet und leitet aus dem Verhältnis einer einzelnen Messung zu dem Durchschnittswerte gewisse Anhaltspunkte für die Prognose bei Erkrankungen an Lungentuberkulose ab. Jedenfalls beantwortet er die obige Frage im positiven Sinne.

W. v. Brunn (Rostock).

---

19) **L. Talke.** Zur Kenntnis der Heilung von Lungenwunden. Klinischer und experimenteller Beitrag.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. p. 191.)

T. stellte an Hunden, Katzen, seltener an Kaninchen Versuche über die Heilung von Lungenwunden an zu dem Zwecke, die dabei sich abspielenden anatomischen Vorgänge zu studieren. Es wurden entweder keilförmige Stücke aus einem Lappen ausgeschnitten und die Wunden mit Seide genäht, oder es wurden die Randpartien eines Lappens abgetragen und die Wunden unversorgt sich selbst überlassen, oder es wurden Substanzverluste im Innern der Lunge gesetzt.

Am zahlreichsten wurden die Resektionsversuche ausgeführt. Es ergab sich dabei, daß die Lunge außerordentlich große Neigung zu primärer Verheilung besitzt. Vorbedingung dafür ist eine gute Aneinanderlagerung der Wundflächen und eine feste Vereinigung der Wundränder. Dabei schadet eine Einkrempelung der Wundränder nichts, weil auch die Pleuraoberfläche die Fähigkeit besitzt, mit der Wundfläche zu verkleben. Der Vereinigung durch Narbengewebe geht eine Verklebung der Wundflächen mit einer Kittsubstanz voraus, mit der sich jede Wundfläche für sich überzieht. Die zur Bildung der Narbe bestimmten Fibroblasten stammen wahrscheinlich vom Bindegewebe der eröffneten Alveolarinterstitien ab. Das angrenzende Lungengewebe beteiligt sich an dem Aufbau der Narbe nicht. Bestehen die Wundränder aus atelektatischem Lungengewebe, so ist das die Wundflächen bedeckende Exsudat sehr spärlich oder fehlt ganz. Die Vereinigung erfolgt dann durch direkte Aneinanderlagerung der atelektatischen Lungenabschnitte, wobei die Wucherung des Bindegewebes eine sehr geringe ist und verhältnismäßig spät einsetzt. Verbreitet sich dagegen das Exsudat außer zwischen den Wundflächen auch in angrenzende Teile des Lungengewebes, so werden auch diese durchtränkten Gewebsabschnitte der Lunge zum Aufbau der Narbe mit verwendet. Es resultieren daraus breite, voluminöse Lungennarben.

In diesen Fällen geht das von Bindegewebe durchwucherte Lungengewebe zugrunde. Das benachbarte pneumonisch infiltrierte oder blutig infarzierte Lungengewebe wird wahrscheinlich nicht mehr voll funktionsfähig, bei geringen Mengen von Exsudat kann sich die Atmungsfähigkeit wieder einstellen. Das Lungengewebe zeigt keine Regenerationsfähigkeit. Eine Neubildung von elastischem Gewebe war nirgends zu konstatieren. Wohl aber vermag das respiratorische Epithel sich soweit zu regenerieren, daß eröffnete Alveolen wieder geschlossen und mit Epithel umkleidet werden können. Auch zur Ausbildung solider Zapfen und Zellkomplexe kann es durch Wucherung des Alveolarepithels kommen. Die zur Ligatur und Naht verwendeten Seidenfäden heilten stets fast reaktionslos ein, indem die Alveolarepithelien durch den Druck zugrunde gingen und nur das Bindegewebsgerüst übrig blieb. Die Fäden waren auf diese Weise von einer bindegewebigen Kapsel umgeben, die jedoch nicht aus neugebildetem, sondern aus den Resten des alten Bindegewebes bestand. Die Fäden sollen nur locker angezogen und geknüpft werden, sie sollen ferner bei der Naht dicht neben dem Wundrand eingestochen und ganz flach unter der Pleura durchgeführt werden, damit nicht zu viel Lungengewebe durch Atelektase und Druckatrophie zugrunde geht.

Ähnlich sind die Vorgänge bei oberflächlichen nicht genähten Randdefekten. Sie bedecken sich rasch mit einem blutig-fibrinösen Exsudat, das einen provisorischen Abschluß bewirkt. Auch hier sind deutliche regenerative Vorgänge an den Alveolarepithelien zu bemerken, welche die intraalveolär gelegenen Exsudatpfröpfe umwachsen und in den eröffneten Alveolen den verloren gegangenen Teil des Wandbelages ersetzen. Auch das Bronchialepithel ist zu ähnlichen Wucherungen befähigt.

Bei Substanzverlusten im Innern der Lunge ließen sich drei Schichten erkennen: Die äußerste bestand aus kollabiertem, sonst aber erhaltenem Lungengewebe, die mittlere aus jungem Bindegewebe, die innerste aus einem fibrinös-zelligen Exsudat.

Stichverletzungen der Lunge führen bei primärer Heilung nicht zum Verlust von Lungengewebe. Das bei der Verletzung verloren gegangene Epithel wird regeneriert. Die reparatorischen Vorgänge sind schon nach 8 Tagen abgeschlossen.

Ähnliche Bilder, wie in den experimentell erhaltenen Präparaten fanden sich in einem Falle von Lungennaht beim Menschen, der nach 40 Stunden an Herzschwäche gestorben war.

Besondere auf die Anlegung der Naht gerichtete Versuche ergaben, daß Raffnähte insofern unzweckmäßig sind, als sie einen verhältnismäßig großen Teil des Lungengewebes dem Untergange weihen. Auch durch Verwendung feinen Catguts gelang es nicht, diesen Übelstand zu beseitigen. Wenn es die Blutstillung gestattet, sind also oberflächliche Nähte zweckmäßiger. **M. v. Brunn** (Tübingen).

---

20) **Revenstorf.** Über traumatische Aortenwandrupturen, mit besonderer Berücksichtigung des Mechanismus ihrer Entstehung.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. p. 4.)

Der Arbeit liegen zugrunde sechs Sektionsbefunde aus dem Hafenkrankenhaus und eine Reihe von Tierxperimenten; in allen sezierten Fällen handelt es sich um sehr schwere, den Brustkorb treffende Traumen.

Bei den Rupturen des aufsteigenden Teiles der Aorta handelt es sich wahrscheinlich im wesentlichen um Platzrupturen: das Brustbein wird durch das Trauma gegen die Wirbelsäule gedrückt, und so das abführende Gefäßrohr verschlossen; das Blut kann nicht abfließen, der Innendruck wird so groß, daß das Gefäß platzt.

Bei den Rupturen des absteigenden Astes ist, wenigstens für eine gewisse Anzahl von Fällen, ein anderer Mechanismus verantwortlich zu machen: Die komprimierende Gewalt verdrängt die Brustorgane, das Herz nach links, die Lungen zur Hauptsache nach oben; der linke Bronchus folgt der Bewegung der Lunge nach oben und spannt die mit ihm durch ziemlich feste Bindegewebszüge verbundene Aorta an; da diese an der Wirbelsäule angeheftet ist, wird sie zwischen diesen beiden Anhaftungspunkten überdehnt und zerreißt. Die Ruptur entsteht hier also nicht durch Erhöhung des Innendruckes, sondern durch Überschreiten der Elastizitätsgrenze. **Haeckel** (Stettin).

---

21) **L. Sauvé.** Des hémorragies intestinales consécutives à l'opération des hernies en général.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 2—4.)

Die recht interessante Arbeit stellt die verschiedenen Formen von Blutung nebeneinander, die im Anschluß an Brucheinklemmung, Taxis, Herniotomie und Radikalkur entstehen können. Der erste Typus von mitunter tödlicher Blutung, welcher unmittelbar nach beendeter Taxis eintritt, entweder auf direkte Quetschung durch Gewalt oder auf Reposition brandiger Schlingen zurückzuführen ist, muß vermieden werden durch grundsätzliche Verwerfung der Taxis; nur ein diagnostischer Versuch oder die Kompression mittels Gummibinde seien gestattet.

Anders die Blutungen, welche sich nach operativer Heilung eingeklemmter Brüche einstellen; hier können zwei verschiedene Formen — die frühzeitige (Schnitzler), die späte (Ullmann I) — zustande kommen, die wohl charakterisiert und ganz andersartiger Ursache sind. Der Schnitzler'sche Typus zeigt folgende Besonderheiten. Die Blutung, welche sich meist 48 Stunden nach der Operation ereignet, ist nicht eben stark, hat bisher nicht zum Tode geführt; meist trifft sie sich bei alten Brüchen mit zahlreichen Darmschlingen und straffer Umschnürung; das Bruchwasser ist blutig-serös. Bezüglich der Pathogenese stehen sich die Ansichten von Kukule und Schnitzler gegen-

über: S. entscheidet sich für letzteren, und nimmt mit ihm arterielle Ischämie, Schädigung der Kapillaren und Diapedese als ursächliches Moment an, während der von Kukule besonders vertretenen Thrombose der Venen als einziger Ätiologie nur der Wert einer erschwerenden Komplikation beigemessen wird.

Die Spätblutungen nach Herniotomie (Type Ullmann I) sind wesentlich ernster und treten unter folgenden Bedingungen ein: Die Träger der Brüche sind Arteriosklerotiker; die Darmschlinge ist kurz, fest und relativ lange eingeklemmt. 6 Tage oder später nach der Operation nach anfänglich reaktionslosem Verlauf stellen sich Entleerungen von meist großen Mengen teilweise zersetzt riechenden Blutes ein, worunter sich brandige Gewebsfetzen finden können: sie verdanken ihre Entstehung der Abstoßung des vom Drucke der Einschnürung brandig gewordenen Schleimhautabschnittes.

Endlich kommen auch Blutungen nach Radikalheilung zustande, ohne daß Einklemmung vorausgegangen wäre (Type Ullmann II); können auf der einen Seite Unterbindungen von Netzgefäßen zwecks mehr oder weniger ausgedehnter Resektion der Anlaß werden, sind auf der anderen solche Manipulationen nicht vorausgegangen. Die zwei hierhergehörigen Fälle — Ullmann, Quénu — sind somit nicht ganz gleichartig, scheinen jedoch die gleiche Ursache zur Erklärung der mit Erbrechen verbundenen Blutungen zuzulassen, nämlich die retrograde Thrombose arterieller Gefäße.

Bezüglich unseres therapeutischen Verhaltens solchen Blutungen gegenüber verweist S. im allgemeinen auf die üblichen Mittel, hält jedoch bei schweren Fällen nach Schorfabstoßung operatives Eingreifen (Resektion und seitliche Anastomose) für berechtigt.

Christel (Metz).

---

22) **Bardenheuer** und **Grässner.** Die Technik der Extensionsverbände bei der Behandlung der Frakturen und Luxationen der Extremitäten.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1905.

23) **Grässner.** Die Prinzipien der Bardenheuer'schen Frakturbehandlung.

(Berliner Klinik 1905. September.)

Die erste Arbeit ist eine verkürzte und umgearbeitete Neuauflage des 1890 erschienenen »Leitfadens der Behandlung der Frakturen und Luxationen der Extremitäten mittels Feder- resp. Gewichtsextension« von B. Sie befaßt sich, wie der Titel zeigt, fast ausschließlich mit der Technik der Streckverbände, und es werden im speziellen Teil, an der Hand sehr instruktiver Abbildungen, die für jeden Bruch bezüglich Verrenkung im Bürgerhospital in Köln erprobten und angewandten Verbandmethoden klar und eingehend beschrieben. Im ersten allgemeinen Teile, der sich völlig mit der zweiten Arbeit deckt, werden die Grundsätze der B.'schen Extensionsbehandlung erläutert. »Die Technik

der Extensionsverbände« kann jedem, der sich für diese Behandlungsmethode interessiert, aufs wärmste zum Studieren empfohlen werden. Sie wird sicher der B.'schen Frakturbehandlung neue Anhänger erwerben.

Müller (Dresden).

---

24) **Kauwel.** An anatomical, experimental ad clinical study of acute phlegmons of the hand.

(Surgery, gynecology and obstetrics Vol. I. Nr. 3.)

Häufig schon ist diese so wichtige Erkrankung eingehenden Studien unterworfen worden, und die Verbreitungswege des Eiters sind bekannt. Jedoch ist bei der Häufigkeit derselben und bei den schweren Folgen, die sie zurückläßt, eine neue Untersuchung mit modernen Hilfsmitteln sicher angebracht. Neben der anatomischen Präparation, Serienschnitten (grob anatomischen!) und gewöhnlichen Injektionen ist bei dieser Arbeit noch die Röntgenographie zu Hilfe genommen, so daß zunächst ohne Verletzung des Präparates die Lage der Injektionsmasse zu den Knochen und zu den ebenfalls injizierten Gefäßen festgestellt werden konnte. Bei der Injektion werden die natürlichen Verhältnisse, die Verteilung unter geringem oder hohem Drucke stehenden Eiters, durch die mehr oder weniger große Gewalt beim Einspritzen der Masse nachgeahmt. Die Röntgenbilder sind namentlich lehrreich hinsichtlich der Behandlung; sie geben ohne weiteres einen Überblick, wo und wie man die Abszesse eröffnen und drainieren kann ohne wichtigere Teile zu verletzen. Noch schöner wären zweifellos die Ergebnisse gewesen, wenn stereoskopische Bilder gemacht wären. In chirurgisch-anatomischer Beziehung sind zwar keine Neuentdeckungen zu verzeichnen, aber trotzdem ist die Arbeit recht interessant und lesenswert.

Trapp (Bückeburg).

---

25) **D. G. Zesas.** Über das intermittierende Hinken.

(Fortschritte der Medizin 1905. Nr. 7 u. 8.)

Diese Erkrankung tritt von Anfang an einseitig (meist links) auf, kann bald auf die andere Seite übergreifen, sich auch doppelseitig entwickeln; meist werden Männer befallen.

Symptomenbild bei typischen Fällen: »Die Kranken, die sich in der Ruhe vollkommen wohl befinden, und bei Beginn des Gehens nicht die geringste Störung zeigen, werden nach 5—30 Minuten plötzlich von Symptomen zuerst sensibler und vasomotorischer Störungen befallen, denen sich alsbald die motorischen zugesellen.

Gehstörungen und Schmerzen können einen hohen Grad erreichen, es gesellt sich Entzündung an Fuß und Zehen hinzu, die bis zur Gangräneszierung führen kann; neben dieser typischen Form soll eine leichtere mit weniger ausgesprochenen Symptomen vorkommen.

Das wesentliche Symptom bei beiden sind mehr oder weniger ausgesprochene Anomalien des Fußpulses; diese Störungen beruhen meist auf arteriosklerotischen Veränderungen; rigide Beschaffenheit, Verdickung und Schlängelung der Gefäße sind sehr häufig zu konstatieren.

Nicht immer ist Arteriosklerose nachweisbar vorhanden; dann ist entweder die Krankheit im Beginn, oder es lassen sich vasomotorische Störungen verantwortlich machen.

Ätiologisch gelten für diese Erkrankung: »Tabak-Alkoholmißbrauch, Syphilis, weniger Gicht, Diabetes, thermische Einflüsse (Kälte), auch Plattfuß und neuropathische Zustände«. Zur Feststellung arteriosklerotischer Veränderung dient das Röntgenverfahren.

Kronacher (München).

---

26) **Freiberg.** The diagnosis and treatment of congenital misplacement of the hip in infancy.

(American med. Vol. VII. Nr. 10.)

F. macht auf die häufigen Fehldiagnosen bei der angeborenen Hüftverrenkung im frühesten Kindesalter aufmerksam. Die Verkürzung des Beines und das Höhertreten des Trochanter ist in den ersten beiden Lebensjahren so gering, daß die Diagnose oft bei fetten Kindern nicht gestellt werden kann. Verf. glaubt, daß die Erfolge der unblutigen Einrenkung sich bedeutend verbessern lassen, wenn dieselbe möglichst frühzeitig erfolgt zu einer Zeit, da die Veränderungen zwischen Kopf und Pfanne noch sehr geringe sind. Da die Verkürzung des Beines erst durch den Gehakt erfolgt, ist das Erkennen der Verrenkung in der ersten Zeit durch die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden unmöglich. F. schlägt daher vor, Röntgenuntersuchungen in Narkose vorzunehmen bei Kindern, bei denen unter 2 Jahren der Verdacht auf Verrenkung besteht. Er macht ferner auf die Schwierigkeit der Deutung der Röntgenbilder in diesem zarten Alter aufmerksam. Bei einem 17 Monate alten Kinde zeigte das Röntgenbild die mangelhafte Ausbildung der Pfanne und ein geringes Abweichen des Kopfes nach oben und außen. Die unblutige Einrenkung ergab ein ausgezeichnetes Resultat. Verf. macht ferner den Vorschlag, in Fällen, bei welchen die fehlerhaft entwickelte Pfanne durch die Durchleuchtung konstatiert wird, aber noch keine Verschiebung des Kopfes vorhanden ist, das Gehen nur mit einer Abduktionsschiene zuzulassen.

Drehmann (Breslau).

---

27) **E. Roland.** Contribution à l'étude des déviations latérales et des modifications d'accroissement des os dans la tumeur blanche du genou.

Thèse de Paris 1904.

Während seiner Ausbildungszeit bei Broca hat Verf. alle Kinder mit tuberkulöser Gonitis auf das Vorkommen seitlicher Deformitäten und Wachstumsstörungen hin untersucht. Im ganzen standen 217 Fälle zur Verfügung, darunter frische und 10 Jahre alte, gute und schlechte Resultate. Zwei in der Kindheit resezierte Pat. tragen ein unbrauchbares atrophiertes Beinanhängsel, dessen Amputation sie fordern. Von den 217 Fällen hat R. in dem halben Jahre seiner Tätigkeit selbst

35 Fälle genau beobachtet. Fast alle Fälle werden photographiert und röntgenographiert, das letztere durch eine Aufnahme von vorn und seitlich.

In ungefähr 20% der Fälle findet sich ein Genu valgum. Dieses ist entweder ein primäres, bei frischen Fällen durch Hypertrophie des Condylus internus der Femurepiphyse bedingt; oder es handelt sich um eine sekundär bei länger bestehenden Prozessen auftretende Verkrümmung. Diese letztere findet sich bei schlecht behandelten oder mehrfach redressierten Fällen und ist meistens mit anderen Deformitäten, wie Beugekontraktur, Subluxation der Tibia oder Rotation des Fußes nach außen, kombiniert. Bei diesem sekundären Genu valgum entstehen die knöchernen Veränderungen aus der zunächst bestehenden Beugekontraktur. Dieses Genu valgum nimmt durch forcierte Redressionen oder durch den Gehakt zu, ebenso entsteht die Rotation nach außen, die Einknickung der Tibia in der Epiphyse und die Vermehrung der Subluxation.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit Untersuchungen über Veränderungen des Längenwachstums der befallen Extremitäten. In zwei Dritteln der Fälle findet im Anfange der Erkrankung eine Verlängerung statt; im übrigen Drittel findet man das Bein verkürzt, selten gleich lang wie das gesunde. Diese Wachstumsveränderungen entstehen durch direkten oder indirekten Reiz der Knorpelfugen, besonders des Oberschenkels. Ferner fand Verf. bei einigen Fällen Verminderung der Länge des Fußes.

Der fleißigen Arbeit sind eine große Zahl instruktiver Krankengeschichten und Zeichnungen nach Röntgenbildern beigegeben, wodurch ihr Wert noch erhöht wird. **Drehmann** (Breslau).

---

28) **P. Hoffmann.** An operation for the cure of chronic bursitis, especially adapted to housomaid's knee.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Mai 6.)

H. hat für die Bursitis praepatellaris eine sehr einfache Operation erprobt, die ohne Narkose und ohne Berufsstörung ausgeführt werden kann. Ein Tenotom, oder noch besser, ein besonderer Skarifikator mit sichelförmiger, aufwärts gekrümmter Schneide wird in die Bursa eingestochen, die Innenfläche mit vielen kleinen Skarifikationen versehen, was sehr gut ertragen wird, dann der Inhalt durch die kleine Öffnung ausgedrückt und nun die Wände der Bursa durch einen komprimierenden Verband (Gaze, dachziegelförmig sich deckende, zirkuläre Heftpflasterstreifen; nach Bedarf, spätestens jeden 3. Tag erneuert) 14 Tage lang fest aneinander gepreßt erhalten. Pat. darf gleich wieder arbeiten, aber natürlich nicht knien. Seine Resultate sind: von 104 Fällen 98 primäre Heilungen; zweimal mußte die Operation zweimal, in vier Fällen dreimal ausgeführt werden.

Lengemann (Bremen).



Kleinere Mitteilungen.

Ein einfaches Verfahren der Entfernung in der Harnröhre eingeklemmter Konkremente respektive diesen ähnlicher Fremdkörper.

Von

Dr. **P. Schroeter** in Pabianice.

Die üblichen Verfahren zur Beseitigung in der Harnröhre eingeklemmter Konkremente sind: die Entfernung derselben mittels entsprechender Instrumente und die Urethrotomia externa. Kleinere Steinchen können die Urethra passieren und spontan entleert werden; größere dagegen können an jeder Stelle derselben sich mehr oder minder fest einkeilen. Am leichtesten findet bekanntlich die Einklemmung der Konkremente in den engsten Abschnitten der Harnröhre statt: in der Pars membranacea und am Orificium externum. Wenngleich die instrumentelle Entfernung durch geschickt manipulierende Hände oft ohne Schaden für den Pat. zum Ziele führt, so sind doch bei minder gewandten oder unvorsichtig ausgeführten Encheiresen mehr oder weniger bedeutende Läsionen der Harnröhrenschleimhaut fast unausbleiblich; die Urethrotomie dagegen ist unter Umständen nicht jederorts tadellos auszuführen.

Betrachtet man es ja mit Recht als Regel, beim Vorhandensein von Fremdkörpern im äußeren Gehörgange (dessen derbere, widerstandsfähigere Wandungen Manipulationen mit Instrumenten eher zulassen, als die zartere Mucosa der Harnröhre), die Entfernung des Fremdkörpers vor allem durch Ausspritzen mit Wasser zu erstreben, um so wünschenswerter müßte es erscheinen, in der Urethra eingeklemmte Konkremente (oder ähnliche Fremdkörper) auf einfachere, absolut ungefährliche Weise aus derselben entfernen zu können. Pat., deren Urethra durch ein in dieselbe eingetriebenes Konkrement plötzlich unwegsam geworden, befinden sich, abgesehen von den meist sehr heftigen Schmerzen, in großer Sorge infolge des Unvermögens, den Harn zu entleeren. Man stößt bei solchen Pat. in den meisten Fällen auf keinen Widerstand, die Entfernung des Konkrementes mittels Instrumentes (die aber auch nicht selten im Stiche lassen) oder auf blutigem Wege durch Schnitt zu bewerkstelligen; bei nervösen, hochgradig aufgeregten Pat. jedoch hat man mitunter mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen, und da ist es stets ein Vorteil, wenn man Verfahren zur Hand hat, die dem Pat. mehr zusagen und ihn nicht beunruhigen. Am 11. Oktober d. J. wurde ich zu einem Pat. gerufen, bei welchem ich gezwungen war, von instrumenteller Entfernung des Konkrementes abzusehen, und kam auf den Gedanken, dieselbe quasi auf natürliche Weise zu vollziehen. Als ich den Pat. aufforderte, Urin zu entleeren, bemerkte ich nämlich, daß bei Anwendung der Bauchpresse der Urin tropfenweise aus der Urethra zum Vorscheine kam. Diesen Umstand benutzte ich zur Entfernung des Steinchens. Wenn durch Verschluß des Orificium externum mittels Fingerdruck der tropfenweise in den peripher vom Steine gelegenen Abschnitt der Harnröhre sich entleerende Harn in bedeutenderer Menge sich daselbst ansammelte, so mußte dieser Abschnitt der Urethra ad maximum erweitert und die gefaltete Mucosa in einen glattwandigen Kanal umgewandelt werden. Auf diese Weise konnte das weitere Vorrücken des Konkrementes begünstigt resp. ermöglicht werden. Wirkte nun noch gleichzeitig eine Vis a tergo in Gestalt des noch in der Harnröhre vorhandenen und aus derselben durch Spiel der Bauchpresse in die Urethra getriebenen Urins, welcher zugleich auch diesen zentralen Teil der Harnröhre möglichst erweiterte, so war ein positives Resultat wahrscheinlich zu erwarten. Auf Grund dieser Überlegung brachte ich das Verfahren in Anwendung bei dem oben erwähnten Pat., einem 43jährigen, nervösen Herrn, der vor Jahren an Malaria litt. Vor 3 Jahren klagte Pat. über

Schmerzen in der Lumbalgegend, bluthaltiger Urin wurde entleert und einige Tage darauf stellte sich ein Anfall von Nierensteinkolik ein, so daß der Kranke etwa 14 Tage das Bett hüten mußte. Vor 2 Jahren stellte sich während des Aufenthaltes des Pat. in der Nachbarstadt wieder ein Anfall von Steinkolik ein, der jedoch während der Fahrt nach Hause vorüberging. Die Untersuchung des Urins entdeckte: Stark vermehrtes Harnsäuresediment, enthaltend Harnsäure in großen Kristalldrusen in Wetzstein- und Tonnenform, dicht aneinander gelagerte Urate und Oxalate, vereinzelte Leukocyten, Schleimfäden, sehr vereinzelte, scharf konturierte, hyaline Zylinder, stellenweise mit Harnsäure besetzt, einzelne Epithelien der Harnblase und der Harnröhre; — Albumin in geringen Mengen (0,03%), Zucker nur in Spuren, Gesamtharnsäure 1,03 g pro Liter.

Am 11. Oktober d. J. stand Pat. um 6 Uhr morgens auf und wollte seinen Harn entleeren; dabei empfand er beim Pressen plötzlich einen sehr heftigen Schmerz in der Harnröhre, der sich beim abermaligen Pressen wiederholte, wonach Pat. weitere Versuche, den Harn zu entleeren, unterließ. Bei diesem Versuche entleerte sich Urin nur in ganz geringer Menge. Etwa um 10 Uhr morgens besuchte ich den Kranken, welchen sein Zustand in große Aufregung versetzt hatte. Bei der Untersuchung fühlte man in der Gegend des Bulbus urethrae einen harten Körper, der fest saß. Schon vorsichtiger, geringer Druck auf diesen Körper verursachte heftigen Schmerz. Es war kein Zweifel, daß sich ein Konkrement in der Harnröhre eingeklemmt hatte. Ich forderte den Kranken auf, in stehender Haltung Urin zu entleeren. Mit Hilfe der Bauchpresse kam der Urin tropfenweise zum Vorscheine. Das Orificium externum wurde durch Druck mit den Fingern fest geschlossen. Der Harn sammelte sich nun im peripheren Teile der Urethra an. Nachdem mit Hilfe der in kurzen Pausen arbeitenden Bauchpresse sich so viel Urin angesammelt hatte, daß die Urethra von der Glans bis zum Steine prall gefüllt war (was man gut palpieren konnte), wurden die das Orificium komprimierenden Finger rasch entfernt, und mit dem herausstürzenden Harnstrahle wurde das Konkrement kräftig herausgeschleudert. Das Konkrement, von welchem ein Stückchen beim Anschlagen an die Wand des Uringefäßes abbrach, hatte einen Durchmesser von 1 cm, war von dunkelbrauner Farbe mit hellerem Zentrum und von rauher unebener Oberfläche.

Das oben erwähnte Verfahren wäre also in jenen Fällen anwendbar, in denen der Harn noch tropfenweise die ganze Urethra passieren kann, wobei es einerlei ist, an welcher Stelle derselben die Einklemmung des Steinchens sich befindet.

Hat jedoch ein vollkommener Verschluß des Harnröhrenlumens durch ein Konkrement stattgefunden, so daß absolute Harnverhaltung eingetreten, und sitzt der Stein an einer Stelle der Pars pendula penis, so müßte der peripher vom Steine gelegene Abschnitt der Urethra mittels Einspritzung von lauwarmem Wasser erweitert werden. Das Verfahren würde sich dann folgendermaßen gestalten: Unmittelbar hinter dem Konkremente wäre mit einem, um das Glied herumgebundenen Bande der zentrale Teil der Harnröhre zu schließen, um ein Zurücktreten des Steines zu verhindern (also, wie es die Alten taten, um das Zurückschlüpfen des Fremdkörpers bei der Urethrotomie zu verhindern). Darauf hätte man mit einer größeren Spritze lauwarmes Wasser in die Harnröhre *bis zur maximalen Erweiterung derselben langsam einzuspritzen*, wobei durch allseitiges Andrücken des Endteiles der Glans an das Ansatzstück der Spritze ein Herausfließen des Wassers aus der Harnröhre zu verhindern wäre. Der Kranke müßte nun aufgefordert werden, Urin mit Hilfe der Bauchpresse zu entleeren, worauf langsame Lüftung des komprimierenden Bandes und Entfernung der Spritze zu erfolgen hätte. Bei Entfernung der Spritze ist darauf zu achten, daß kein Wasser aus der Urethra abfließe. Schließlich müßte durch rasches Entfernen der das Orificium komprimierenden Finger die Passage freigegeben werden.

Gelingt die Evakuation der Harnröhre nicht beim ersten Versuche, so müßte man die Manipulation wiederholen. Durch die oben beschriebenen Verfahren würde wohl so manches Konkrement resp. Fremdkörper auf schonende Weise aus der Urethra entfernt werden können.

Bei hohem Sitze des Steines — in der Pars diaphragmatica partis membranaceae oder in der Pars prostatica — würde durch Einspritzen von sterilem warmen Wasser in die Harnröhre das Konkrement eventuell in die Blase zurückbefördert werden können (bei horizontaler Lage des Pat.).

---

29) **Sieur.** Morve chronique méconnue pendant plusieurs années et terminée par la mort.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Oktober.)

Fin Veterinär hatte sich gelegentlich der Autopsie eines Pferdes in den Finger gestochen. Innerhalb der nächsten 3 Jahre bekam er andauernd Muskelabszesse an den verschiedensten Körperstellen, außerdem erkrankte er an Osteomyelitis des Oberschenkels, Oberarmes und des Stirnbeines. Diese nicht zu derselben Zeit auftretenden Eiterungen wurden sämtlich mit der Zeit geheilt. Erst ganz zuletzt, nach fast 3jähriger Krankheit wurden im Eiter des osteomyelitischen Oberschenkelherdes Rotzbazillen nachgewiesen. Der Kranke war durch die Eiterungen sehr geschwächt und erlag dem Leiden, als eine tropische Malaria hinzutrat. Verf. weist auf die Wichtigkeit hin, daß Militärveterinäre Erkrankungen der Pferde an Rotz frühzeitig erkennen und Vorsichtsmaßregeln treffen.

Herhold (Altona).

30) **Anderson, Chalmers and Buchanan.** Cases of glanders in man.

(Glasgow med. journ. 1905. Oktober.)

Bericht über drei Beobachtungen von Rotz beim Menschen aus den Jahren 1878, 1894 und 1905. Es handelte sich um eine 31jährige Frau, einen 52jährigen und einen 27jährigen Mann. Alle hatten sich an Pferden infiziert. Der Tod erfolgte am 14., 5. bzw. 17. Krankheitstage. Die Diagnose war in allen Fällen ganz besonders schwierig und wurde meistens erst kurz vor dem Tode gestellt. Von dem dritten Falle wird ein ausführliches Sektionsprotokoll beigegeben.

In der Diskussion erwähnt Lyson einen Fall eigener Beobachtung, einen 30jährigen Mann, der ebenfalls an Pferden sich infiziert hatte und am 21. Krankheitstage starb.

M'Call erwähnt die interessante Tatsache, daß Rotz unter den Pferden Großbritanniens sehr verbreitet ist; im letzten Jahre kamen allein 2500 Fälle zur Anzeige, und zwar vor allem in den Bezirken London und Glasgow. Im März 1905 wurden allein in Glasgow 30 Fälle gemeldet. **W. v. Brunn** (Rostock).

31) **C. Menschig.** Zwei Fälle von Milzbrand.

(Med. Klinik 1905. Nr. 43.)

Einer der Fälle betraf eine alte gebrechliche Frau und ist bemerkenswert durch die schnelle Besserung der hochgradigen Schwellung des Armes, schwerer Darmerscheinungen und septischer Allgemeinstörungen durch Umschläge mit Spiritus und essigsaurer Tonerde und durch innerliche Kognakverabreichung.

G. Schmidt (Berlin).

32) **H. G. Anthony.** Folliclis of the skin and conjunctiva: report of a case.

(Journ. of cutan. diseases including syphilis 1905. August.)

Bericht über einen Kranken, der seit 10 Jahren an ständig wiederkehrenden Follikliseruptionen, namentlich an den Händen, den Ohren und Ellbogen litt. Seit 7 Jahren stellten sich Schmerzen in den Augen ein, es zeigte sich eine der Conjunctivitis phlyctenularis ähnliche Affektion, die auch als Folliklis, d. h. als embolische Tuberkulose wahrscheinlich abgeschwächter Tuberkelbazillen angesprochen wurde. Der mikroskopische Befund einzelner exzidierter Hautknötchen stimmte mit denen bei Folliklis überein. Pat. hatte im Verlaufe seines Leidens die merkwürdigsten Diagnosen über sich ergehen lassen müssen. **Urban** (Breslau).

23) **Poozobut.** Ein Fall von Wundstarrkrampf wenige Stunden nach der Verletzung. Amputation. Heilung.

(Gazeta lekarska 1905. Nr. 27 u. 28.)

Ein Knabe, 10 Jahre alt, geriet mit dem rechten Unterschenkel in eine Dreschmaschine, die das Bein fast ganz abtrennte. Wenige Stunden darauf fand man die ersten Symptome von Tetanus. Es wurde der Oberschenkel amputiert und 10 ccm Serum von Pasteur injiziert. Genesung nach 2 Monaten, nachdem sich noch nekrotische Knochensplitter abgestoßen hatten. **Bogdanik** (Krakau).

34) **M. Franklin.** A method of measuring the X-rays.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. April 22.)

F. gibt ein Elektroskop an, das die Ionisierung der Luft durch die passierenden Röntgenstrahlen und somit die Menge der letzteren mißt. Das Instrument gestattet es, nicht nur zu bestimmen, wie große Strahlenmengen gewirkt haben, sondern schon vorher die Menge zu regulieren. Eine nähere Beschreibung führt hier zu weit; über die praktische Verwendbarkeit läßt sich aus der Schilderung des Verf.s allein wohl kaum ein Urteil bilden. **Lengemann** (Bremen).

35) **Musser and Esdall.** A study of metabolism in leukaemia under the influence of the X-ray.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1905. September.)

Studien über die Art der Röntgenstrahlenwirkung an zwei Fällen von Leukämie. Der eine Fall war bereits früher mit Bestrahlung behandelt worden, fast alle Symptome waren verschwunden, kehrten aber wieder und namen trotz erneuter Behandlung unaufhaltsam zu. Im Gegensatze zu diesem Verlaufe gingen bei dem zweiten Kranken die schweren, im Zunehmen begriffenen Erscheinungen von Beginn der Behandlung an rasch zurück, und nach wenigen Wochen waren fast alle Symptome verschwunden.

Nach den Stoffwechseluntersuchungen der Verff. ist der Einfluß der Strahlen auf den Stoffwechsel bei Leukämie sehr rasch und tiefgreifend, keinem anderen Mittel (Radium vielleicht ausgenommen) in der Wirkung ähnlich. Gewebszerstörung, besonders rascher Eiweißzerfall unter dem Einfluß der Strahlen, wirkt günstig; vermutlich beschränkt sich dieser Zerfall nur oder hauptsächlich auf Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark. Gerade in dem günstig verlaufenen Falle war der Eiweißzerfall enorm, während er bei dem anderen Kranken überhaupt nicht beobachtet wurde. Trotzdem also der rasche Gewebszerfall dem bei schweren Vergiftungen und Infektionen entsprach, war die Wirkung gerade auf die Intoxikationssymptome eine günstige. Der Einfluß der Röntgenstrahlen ist kein direkter sondern beruht auf der Fähigkeit des Individuums, auf Reize zu reagieren, und zwar mit vermehrtem Stoffumsatze (vermehrter Harnsäureausscheidung). So erklären sich die äußerst verschiedenen Wirkungen der Röntgenstrahlen je nach der Eigenart des Individuums. Vermutlich werden besonders autolytische Prozesse angeregt und beschleunigt. **Mohr** (Bielefeld).

36) **Ferrand et Krouchkoll.** Un cas d'adénite tuberculeuse traitée avec succès par les rayons X.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 38.)

Die 31jährige Pat. mit Halsdrüsentuberkulose wurde der Röntgenstrahlenbehandlung unterworfen, nachdem die gebräuchlichen konservativen Verfahren ohne Erfolg geblieben waren. Schon nach den ersten Sitzungen schwand das Fieber; nach etwa $^1/_2$jähriger Behandlung waren nur noch unbedeutende, schmerzlose Drüsenreste zu fühlen, der Allgemeinzustand hatte sich bedeutend gehoben. Es wurden harte Röhren verwendet, und die Sitzungen dauerten höchstens 10 Minuten. **Mohr** (Bielefeld).

37) **Vose and Howe.** The effects of the Röntgen-ray upon cancer.

(Albany med. annals 1905. Oktober.)

Zusammenfassung der klinischen Erfolge und der histologischen Befunde in 130 mit Röntgenstrahlen behandelten Karzinomfällen. Schlüsse: Der mit X-Strahlen behandelte Hautkrebs verfällt einer Degeneration, welche für diese Art der Behandlung nicht charakteristisch ist, auch sich histologisch nicht von Degenerationen aus anderen Gründen unterscheidet. Die Veränderungen an den Blutgefäßen beschränken sich auf eine Endarteriitis. Die Neubildung von Blutgefäßen tritt ebenso wie bei anderen Prozessen ein, wenn Heilungsvorgänge beginnen. Das plastische Gewebe vermehrt sich. Mitosen sind nach der Behandlung weniger häufig.

Klinisch ergibt sich, daß die Heilung des Karzinoms durch die Röntgenstrahlen nur durch Zerstörung erfolgen kann; hieraus ergibt sich, daß nur oberflächliche Krebse beeinflußt werden können, zumal da die Zerstörung nur sehr langsam und sehr oberflächlich eintritt. **Mohr** (Bielefeld).

38) **Springer.** Radiodermite grave chronique guérie par la cautérisation ignée profonde.

(Annales méd.-chir. du centre 1905. August.)

Bei dem Pat. waren nach andauernder Beschäftigung mit Röntgenstrahlen tiefgehende Röntgengeschwüre an den Fingern aufgetreten; am Mittelfinger bestand eine pilzförmige, schwammige Granulationsmasse, welche das Niveau der Haut 4 mm überragte. Die Masse wurde durch Galvanokaustik ausgedehnt zerstört, besonders auch die Basis und die umgebende Haut, worauf nach Abstoßung des Brandschorfes innerhalb von 3 Wochen glatte Heilung eintrat.

Mohr (Bielefeld).

39) **H. L. Jones.** Some new lines of work in electrotherapeutics.

(Lancet 1905. Oktober 28.)

Interessant sind hier besonders die Ausführungen über die elektrolytische Kataphorese, wobei Verf. sich an die Untersuchungen von Leduc in Nantes anlehnt. An sieben eigenen Beobachtungen und mitgeteilten Krankengeschichten wird die günstige Wirkung der Zinkkataphorese bei Ulcus rodens dargetan; einige Male genügte schon eine einzige, 15—20 Minuten lange Elektrolyse mit einer 1%igen Chlorzinklösung bei 2 Milliampères Strom. Chirurgisch interessant ist nicht minder die Kokainkataphorese zur örtlichen Betäubung, und für den inneren Kliniker die Lithiumkataphorese bei Gicht. Letzteres wurde von Bordier in einer wie in dem Schnee'schen Vierzellenbad ähnlichen Weise bei Gichtkranken mit sehr erheblichen Gichtknoten appliziert. Es gelang nicht nur, Lithium in dem Urin des Pat., sondern sogar Harnsäure als Ausscheidungsprodukt in dem Kathodenbecken nachzuweisen, und es konnte somit die Einverleibung des Kathions Lithium und gleichzeitige Austreibung des Anions Harnsäure nicht schöner demonstriert werden.

Auch Ref. möchte nach seinen Erfahrungen (z. B. bei Kataphorese sehr hartnäckiger Acne mit Sublimatlösung usw.) diesem noch so wenig erforschten Gebiete in der Chirurgie und Dermatologie eine gewisse Zukunft prophezeien.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

40) **P. Brouardel.** Intoxication par la cocaine.

(Ann. d'hygiène publique 1905. Hft. 9.)

Abgesehen von den bekannten Todesfällen bei Rückenmarksanästhesien, sowie Einspritzungen von Kokainlösungen in seröse Höhlen — drei Fälle — und von subkutanen Injektionen sind als besonders beachtenswert hervorzuheben:

1) Drei Todesfälle durch Resorption von seiten der Mastdarmschleimhaut, von denen zwei nach Einführung von Kokainsuppositorien eintraten, die in einem Falle 0,25, im anderen 0,3 Kokain enthielten. Der Tod trat sehr schnell ein. Desgleichen bei einer alten Frau, der bei tuberkulösen Geschwüren eine Eingießung von 1,04 g Kokain gemacht war.

2) Elf Todesfälle durch Resorption von der Schleimhaut der Blase und Harnröhre aus, bei denen in einem Falle nur 0,8, bei einem zweiten sogar nur 0,4 injiziert war.

B. hat die Beobachtung gemacht, daß so unempfindlich gegen Intoxikation die gesunde Schleimhaut ist, um so empfänglicher die entzündete Schleimhaut zu sein scheint.

Coste (Straßburg i. E.).

41) **D. J. Davis.** A case of cervical spina bifida — syringo-myelo-meningocele with hydromyelus and hydrocephalus.

(Med. news 1905. August 12.)

Der ungewöhnliche Fall betrifft ein 11 Wochen altes Kind, welches zwischen dem letzten Hals- und ersten Brustwirbel eine die Hälfte einer Zitrone betragende gestielte Geschwulst mit Fluktuation und Kompressibilität besaß.

Die Operation dieser Geschwulst wurde infolge einer Wundinfektion für das Kind verhängnisvoll. Ein Querschnitt durch den Stiel und das Rückenmark zeigt das Bild einer Syringomyelomeningokele. Der Zentralkanal ist in seiner ganzen Ausdehnung erweitert und desgleichen die Hirnventrikel.

Ätiologisch hält es Verf. für wahrscheinlich, daß der vermehrte Druck im Zentralkanal eine Ruptur des Rückenmarkes während des Fötallebens bedingt hat.

Hofmann (Karlsruhe).

42) **M. Baudouin.** Pathologie préhistorique: Un cas de luxation simple de l'atlas sur l'axis en avant chez un homme de l'époque megalithique.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 6.)

Unter einem Hünengrabstein in der Vendée, den er hatte hochwinden lassen, fand B. ein gut erhaltenes Skelett, dessen Schädel zertrümmert, dessen Atlas nach vorn verrenkt war. Eine nachträgliche Verschiebung war ausgeschlossen, da B. an Ort und Stelle seinen Fund mit Wasserglas fixierte. Da Lannelongue die Deutung, es handle sich um eine traumatische Luxation vor dem Tod in vorgeschichtlicher Zeit, in Zweifel zog, unterzieht B. die ganze Frage der nicht komplizierten (einfachen) Verrenkung des Atlas, ohne Fraktur, einer genaueren Besprechung, die erkennen läßt, daß die bisherigen Angaben, zumal was autoptische Befunde anbetrifft, noch ziemlich lückenhaft sind. Die kleine eigenartige Arbeit entbehrt nicht des Interesses, kann jedoch nicht eingehender referiert werden.

Christel (Metz).

43) **G. W. Howland.** Chronic paralysis of the intercostal muscles as a primary causa of dropsy.

(Lancet 1905. Oktober 7.)

Ein 17jähriger junger Mann erlitt durch einen Schlag ins Gesicht eine Verrenkung eines Halswirbels. Es folgte eine Myelitis im 5., 6., 7. und 8. cervicalen Segment. Von den Folgeerscheinungen war, abgesehen von Spasmen in den Beinen, die ausgesprochenste eine Paralyse der Interkostalmuskeln. Die Atmung geschah seit der Zeit, die jetzt 4 Jahre beträgt, allein durch das Zwerchfell. Die Lungenoberlappen wurden infolgedessen nur ungenügend bei der Atmung ausgedehnt, was eine Überanstrengung des rechten Herzens und Ödeme zur Folge hatte. Es ist sicherlich eine überaus seltene Beobachtung, die Verf. hier mitteilt, daß eine ausschließliche Phrenicusatmung ein Leben so viele Jahre zu erhalten vermag.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

44) **H. Zahn.** Ein Fall von Abknickung der Speiseröhre durch vertebrale Ekchondrose. (Aus dem path.-anat. Institut zu Halle a. S.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 35.)

Die bei der Sektion vorgefundene Ekchondrose der Zwischenwirbelscheibe zwischen 8. und 9. Brustwirbel war die Ursache einer Knickung und darüber ent-

standenen diffusen zylindrischen Erweiterung der Speiseröhre, deren klinische Symptome bei der 36jährigen Frau weder für eine dauernde, durch eine bösartige Geschwulst bedingte Verengerung der Speiseröhre, noch für einen idiopathischen oder reflektorischen Kardiospasmus gesprochen hatten. Die Ekchondrose war nur $1^3/_4$ cm hoch und 1 cm breit, mit der Speiseröhre nicht verwachsen und saß etwa 1 cm nach rechts von der Medianlinie der Zwischenwirbelscheibe auf. Auffallend war während der 3jährigen Entwicklung der klinischen Symptome der Wechsel der Durchgängigkeit der Speiseröhre für Speisen und die Sonde.

Kramer (Glogau).

45) **Fowler.** A case of suture of the spinal cord following a gunshot injury involving complete severance of the structure.

(Annals of surgery 1905. Oktober.)

Verletzung mit einem 0,38zölligen Revolver, Einschuß im Rücken in der Medianlinie zwischen 10. und 11. Brustwirbel. Bewegungs- und Empfindungslähmung der Beine, Lähmung von Blase und Mastdarm. Laminektomie 10 Tage nach der Verletzung, 9. Mai 1903. Das zwischen dem völlig durchtrennten Marke liegende Geschoß wurde entfernt, Rückenmark und Dura mit Catgut genäht. Selbst nach 2 Jahren nur sehr geringe Besserung: es konnte Urin und Stuhl einen kurzen Augenblick gehalten werden, Lähmung der Motilität und Sensibilität fast unverändert, Zeichen spastischer Degeneration. Erwähnt wird ein Fall, wo Dr. Steward 3 Stunden nach der Operation in derselben Weise mit weit besserem Erfolg operiert hat. Verf. glaubt, daß einmal sehr baldiges Operieren nach der Verletzung Erfolge zeitigen könne, daß diese andererseits aber auch dadurch bedingt sind, daß einige Rückenmarksfasern unverletzt geblieben sind. **Herhold** (Altona).

46) **P. Müller.** Über Schußverletzungen der Halswirbelsäule.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904. 29 S.

47) **Eschenburg.** Revolverschuß in den Mund, Verletzung des Nervus cervicalis II, Entfernung der Kugel vom Nacken aus.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904. 21 S.

Ein 61jähriger Schiffbauer schoß sich mit einem Revolver in den Mund. Die stark geschwollene Zunge zeigte rechts eine schwarzumränderte Wunde; es bestand vollständige motorische Lähmung des rechten Armes und Beines; die Sensibilität war überall erhalten, Puls und Atmung zunächst ruhig. Vom Abend des nächsten Tages Temperatursteigerung, die bis zu dem am 4. Tage unter starker Dyspnoe, Pulsbeschleunigung, Delirien und Benommenheit eintretenden Tode anhält. Die Sektion ergibt: Längsschuß durch die rechte Zungenhälfte, Zertrümmerung der rechten Hälfte des Epistropheuskörpers, schlitzförmige Zerreißung der Dura cervicalis mit Vordringen von Knochenfragmenten, die die rechtsseitigen Pyramidenvorstrangbahnen komprimiert hatten. Wo das Geschoß lag, wird nicht mitgeteilt.

Ein 32jähriger Seemann hatte sich in beide Schläfen und in die Mundhöhle geschossen. Links trat Abducenslähmung und Opticusatrophie ein; das rechtsseitige Geschoß wanderte unter die Haut des Nasenrückens und wurde dort entfernt; das dritte hatte in der Mittellinie des Zungenrückens eine 4 cm lange, scharfrandige Wunde erzeugt, war zwischen den rechten Querfortsätzen des Atlas und Epistropheus hindurchgetreten und etwas hinter der durch sie gelegten Frontalebene liegen geblieben (Röntgenbild). Hier wurde es 1 Monat nach der Verletzung von einem senkrechten, 10 cm langen, rechts von der hinteren Mittellinie in Höhe der ersten Halswirbel geführten Schnitt aus entfernt, weil Sensibilitätsstörungen im Gebiete der Nn. occipit. major und minor, Hyperästhesie der rechten Halsseite und Lähmung des M. trapezius auf eine Schädigung des Stammes des rechten II. Cervicalnerven schließen ließen. Ein Nervenstamm kam bei der Operation nicht zu Gesicht. Bei Abschluß der Arbeit, $2^1/_2$ Monate nach dem Eingriff, war nur geringe Besserung eingetreten. **Gutzeit** (Neidenburg).

48) **A. H. Tubby.** Acute osteomyelitis and periostitis of the spine.
(Brit. med. journ. 1905. September 30.)

T. berichtet über zwei subakute Fälle von Wirbelsäulenosteomyelitis im Alter von $4\frac{1}{2}$ und 5 Jahren. Im ersten setzten gleich nach Ablauf einer schweren Stomatitis plötzlich Nackenschmerzen, die nach vorn ausstrahlten, Ödem und Schwellung des Nackens, Steifigkeit der Wirbelsäule, absolute Bewegungslosigkeit des Kopfes ein. Unter Rückenlage schwanden die Zeichen vollständig, so daß 1 Jahr später völliges Wohlbefinden bestand. T. meint, daß mancher Fall von rheumatischem Torticollis bei Kindern nach akuten Krankheiten als Osteomyelitis und Periostitis der Wirbelsäule anzusehen ist. — Im zweiten Fall entstand nach einer Influenzapneumonie mit gangräneszierender Stomatitis und nekrotisierender Periostitis des Unterkiefers ein großer Gibbus des 2. bis 4. Lendenwirbels, ohne Temperatursteigerung, ohne Abszedierung. Unter Bettruhe in Rückenlage trat Heilung ein. 1 Jahr später war außer einer leichten Abflachung der Lendenwirbelsäule nichts mehr nachzuweisen. — Sicherlich werden, so glaubt T., einige Fälle von bisher als tuberkulös bedingten Wirbelsäulenerkrankungen sich bei genauer Beobachtung als septischen Ursprunges erweisen. — Zum Schluß bespricht er kurz die in der Literatur neuerdings niedergelegten Mitteilungen über ähnliche Fälle.

Weber (Dresden).

49) **Ehrhardt.** Über chronische ankylosierende Wirbelsäulenversteifung.
(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 5.)

E. gibt die Beschreibung eines Skelettes, das das Endstadium der chronischen Wirbelsäulenankylose darstellt. Sämtliche Wirbelgelenke zeigen eine syndesmogene Synostose mit Verknöcherung der Längsbänder, der Ligg. flava und partieller Verknöcherung der Zwischenwirbelscheiben; begleitet ist der Prozeß von knöcherner Ankylose der Wirbel-Rippengelenke und der Hüftgelenke. An allen genannten Knochen ist die Ankylose durch reine Synostose, ohne Exostosenbildung erfolgt, die Knochenform ist überall aufs treueste bewahrt. Nirgends greift die Verknöcherung über den Bereich der ossifizierten Bänder hinaus. E. betont den charakteristischen Unterschied dieses Leidens gegenüber der Spondylitis deformans, welche scharf von der chronischen ankylosierenden Wirbelsäulenversteifung zu trennen ist. Dagegen ist es nicht angängig, innerhalb der letzteren die drei Typen von Bechterew, Strümpell und P. Marie auseinanderzuhalten. **Haeckel** (Stettin).

50) **Schlee** (Braunschweig). Portative Stütz- bzw. Extensionsapparate in der Behandlung von Rückenmarksleiden.
(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

S. beschreibt eine Art Hessing-Korsett mit einer nach den Seiten drehbaren Kopfstütze, das er in einem Falle von Meningomyelitis luetica zu verordnen sich gezwungen sah, und das ihm in der Behandlung dieser Krankheit gute Dienste geleistet hat. **Hartmann** (Kassel).

51) **Bucknall.** Two cases of operation involving the thoracic duct.
(Brit. med. journ. 1905. September 30.)

Im ersten Falle wurde versehentlich bei einer Drüsenoperation der Ductus thoracicus verletzt, der Riß blieb unbemerkt. 24 Stunden später trat ein sehr ergiebiger Ausfluß von Chylus und Lymphe auf. Die Tamponade erfolglos, Aufsuchen der zerrissenen Enden des Ductus und Unterbindung am 6. Tage mit gutem Erfolge. 2 Monate später Tod an allgemeiner Miliartuberkulose, die sehr wohl vom eröffneten Ductus ihren Ursprung genommen haben kann. Eine Naht der Trennungsstelle war unmöglich, weil die Enden einander nicht genügend genähert werden konnten, und unnötig, wie der primäre Erfolg bewies.

Im zweiten Falle war der Ductus bereits vor der Operation völlig unwegsam gemacht durch ausgedehnte karzinöse Drüsenmetastasen. Bei ihrer Entfernung wurde er reseziert und die Enden unterbunden. Pat. starb 2 Jahre später an

Lungenmetastasen. Die Fälle zwingen zur Annahme, daß sowohl bei allmählicher Verlegung wie bei plötzlicher Unterbindung des Lymphstromes im Ductus Anastomosen in genügender Menge und Ausdehnung sich zu entwickeln vermögen, um die Lymphe dem Blute zuzuführen. **Weber** (Dresden).

52) **P. Fiori** (Pisa). Sopra la struttura di un gozzo tiroideo accessorio e delle glandole paratiroidei nell' uomo.

(Clinica chirurgica Bd. XI. Hft. 2.)

30jährige Frau, bemerkt seit 5 Jahren das Anwachsen einer Geschwulst links vorn unten am Halse von Hasel- bis zu Walnußgröße, ohne je Schmerzen gefühlt zu haben. In den letzten Wochen begannen Atembeschwerden beim tiefen Inspirieren und bei vornübergebeugtem Körper. Die Geschwulst reicht von der Höhe des Schildknorpels bis an den Rand des Brustkorbes, ist wenig beweglich, glatt, liegt unter den Muskeln. Die Schilddrüse nicht vergrößert, nach rechts verdrängt; zwischen ihr und der Geschwulst ist ein fingerbreiter Raum frei. Es waren besonders die respiratorischen Erscheinungen, welche F. bewogen, an die Möglichkeit eines überzähligen Schilddrüsenknotens zu denken.

Bei der Operation ergab sich als Nachbarschaft der Geschwulst: außen hinten der Carotidenstrang, innen auf eine Distanz von 1 cm der linke Schilddrüsenlappen, hinten fettreiches Bindegewebe, vorn und außen der Kopfnicker. Mit der Schilddrüse wie mit der Gefäß-Nervenscheide verbanden den Knoten lockere Schichten, welche einfach abzustreifen waren. Dagegen zog ein derber Strang in das dorsal gelegene Bindegewebe und endigte am Rachen, knapp oberhalb der Speiseröhre.

In der histologischen Untersuchung kam F. auf den seltenen Befund eines initialen hyperplastischen (follikulären) Kropfes in Kombination mit epithelialen Knoten und Strängen, welche teils zentral, teils peripher im Schilddrüsenparenchym gelegen waren. **J. Sternberg** (Wien).

53) **Reichel** (Chemnitz). Komplikationen nach Kropfoperationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 42.)

Von den von R. mitgeteilten vier Fällen waren zwei dadurch bemerkenswert, daß sich nach der Strumektomie trotz Zurücklassens eines hühnereigroßen Schilddrüsenrestes Erscheinungen von Tetanie und Cachexia strumipriva geltend machten — in dem ersten Falle bestand Schwangerschaft —, die nach Thyreoidingebrauch sich besserten, aber erst mit Wiederwachsen des zurückgelassenen Kropfrestes, im zweiten Fall infolge krebsiger Entartung desselben, vollständig schwanden. Im dritten Falle traten nach Exstirpation von 1 kg Kropf starke Stenosenerscheinungen ein, die nach der Eröffnung der säbelscheidenartigen Luftröhre sich zwar besserten, aber ein Fortlassen der Trachealkanüle unmöglich machten, weil der zurückgelassene linksseitige Kropfrest tiefer getreten war und die Luftröhre zusammendrückte; erst durch die — sonst von R. verworfene — Exothyreopexie desselben wurde die Atmung frei, so daß schließlich nach Schrumpfung des Kropfrestes seine Zurücklagerung unter die Haut ausgeführt werden konnte. Der vierte Fall (16jähriges Mädchen) von Strumektomie eines unter das Brustbein und beide Schlüsselbeine herabreichenden Kropfes verlief trotz Tracheotomie wegen schwerer Stenosenerscheinungen tödlich; die Pleurae waren bei dieser nicht verletzt worden; der den unglücklichen Ausgang verschuldende Pneumothorax war durch Platzen von Lungenalveolen und Austritt von Luft unter die Pleura und ins Mediastinum (wahrscheinlich durch forcierte Exspirationsbewegungen infolge Knickung der erweichten säbelscheidenartigen Luftröhre) entstanden. **Kramer** (Glogau).

54) **MacCallum.** The pathological anatomy of exophthalmic goitre.

(Johns Hopkins hospital bulletin 1905. August.)

Verf. hat im Gegensatze zu anderen Autoren, besonders A. Kocher und Reinbach, in einer Serie von 28 Fällen stets in den Kröpfen bei Morbus Basedowi typische anatomische Veränderungen nachgewiesen.

Die Alveoli sind vielfach gefaltet, so daß zahlreiche kleine Alveoli oder Divertikel gebildet zu sein scheinen. Das Epithel zeigt statt flacher oder kubischer Formen häufig den Typus der Zylinderzellen. Die kolloide Substanz ist vermindert, vielfach vom Epithelbelage, der selbst nur eine zarte Bedeckung mit Kolloidsubstanz behalten hat, weit zurückgezogen. Die Gefäßversorgung ist ungewöhnlich reichlich, die bindegewebige Zwischensubstanz stark verdickt. Bakterien oder Zelleinschlüsse fehlten, die Glandulae parathyreoideae waren ohne besondere Veränderung. Verf. untersuchte auch im Gefrierschnitt. Alles weist auf Kompensationshypertrophie der Drüse hin. **W. v. Brunn** (Rostock).

55) **Downie.** Two cases in each of which a foreign body was lodged in the larynx, with a description of a method devised for their removal.

(Glasgow med. journ. 1905. Oktober.)

Bericht über zwei Fälle von schwerer Atembehinderung nach Aspiration eines Fremdkörpers. In beiden Fällen, Kindern von 8 Monaten bzw. $2^1/_4$ Jahren, konnte weder vor noch nach der Tracheotomie, die sofortige Beseitigung der Atemnot zur Folge hatte, von dem Fremdkörper etwas entdeckt werden. Verf. schob einen Gazestreifen durch die Tracheotomiewunde und den Kehlkopf bis in den Rachen und zog ihn zum Munde heraus; auf diese Weise entfernte er sofort die Fremdkörper, ein spitzes Knochenstück und ein Haferkorn, ohne Mühe. Beide Pat. genasen. **W. v. Brunn** (Rostock).

56) **E. Maufrè** (Messina). Sopra un nuovo apparecchio per lavaggio della cavità pleurica in caso di empiema.

(Clinica chirurgica Bd. XI. Hft. 2.)

M.'s Spülapparat für Pleuraempyeme besteht aus zwei gekuppelten Druck- und Saugpumpen mit abwechselndem, kontinuierlichem Betriebe, die an die Punktionskanüle angeschlossen sind. Diese letztere, 6 cm lang, 4 mm weit, ist der ganzen Länge nach durch eine Scheidewand geteilt, so daß die beiden Lichtungen hinten in gesonderte Ansatzkeulen münden. Gummischläuche, welche von jedem dieser Stücke zu je einer Pumpe führen und zwei andere, welche von den Pumpen zu je einem 500 ccm fassenden Gefäße leiten und mit je einem Hahne versehen sind, vervollständigen die Einrichtung. Der Betrieb ist einfach. Ein Gefäß enthält aseptische Spülflüssigkeit, welche von der einen Pumpe in den Brustkorb gepreßt wird, das andere nimmt das Exsudat auf, welches ihm von der zweiten Pumpe zugeführt wird, nachdem die Punktion erfolgt ist. Je zwei der Hähne sind abwechselnd zu schließen und zu öffnen. **J. Sternberg** (Wien).

57) **Meyer-Westfeld.** Kardiolyse bei adhäsiver Mediastinoperikarditis. (Aus der I. inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 40.)

Nach dem Vorgange von Brauer wurde bei dem 24jährigen Manne, der starke systolische Einziehung der Brustwand an der Herzspitze, diastolischen Halsvenenkollaps, Stauungsbronchitis und Pseudolebercirrhose mit Ascites, Stauungsmilz, Cyanose, Dyspnoe und Ödeme darbot, durch die von Lindner ausgeführte Operation (Resektion der Rippen, Ablösung der das Herz bedeckenden Schwarten) allmählich ein Schwinden jener Erscheinungen und Beschwerden erreicht und Pat. wieder zu leichter Arbeit fähig. **Kramer** (Glogau).

58) **A. Herz.** Zur Diagnostik der Zwerchfellhernie. (Aus der IV. medizinischen Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien. Prof. Kovács.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 40.)

H. macht an der Hand eines am Lebenden diagnostizierten Falles von wahrscheinlich angeborenem Zwerchfellsbruch eines 30jährigen Mannes auf ein durch

die röntgenologische Untersuchung festgestelltes Symptom aufmerksam, das zur Unterscheidung der Hernia diaphragmatica von einer Eventratio diaphragmatica verwertet werden kann, nämlich auf das Phänomen der paradoxen respiratorischen Bewegung aufmerksam. Bei der Hernie nämlich machen die dem Loch im Zwerchfell anliegenden Baucheingeweide — in H.'s Falle die Flexura coli lienalis und das Colon descendens — eine der normalen Respirationsphasenbewegung entgegengesetzte Bewegung, Hebung bei der Inspiration, wahrscheinlich infolge einer aspiratorischen Zugwirkung auf die Intestina, und Senkung bei der Exspiration durch Aufhören dieser Wirkung. **Kramer** (Glogau).

59) **H. B. Shaw and G. E. O. Williams.** A case of intrathoracic dermoid cyst.

(Lancet 1905. November 4.)

Verff. bereichern die wenig umfangreiche Literatur über intrathorakale Dermoide um eine weitere Beobachtung aus dem University college hospital. Es handelt sich um eine 26jährige Pat., deren wichtigstes Krankheitssymptom das Aushusten von Haaren war, das sie schon seit ihrer Kindheit beobachtete. Eine leichte Hervortreibung der Brust rechts neben dem Brustbeine mit absoluter Dämpfung und ausgeprägtem Röntgenschatten kennzeichneten die Lage des Dermoids. Pat. wurde ohne Operation im alten Zustand entlassen. — Verff. berichteten sodann eingehend über die bislang beschriebenen 35 Fälle der sehr seltenen Krankheit. Das Lebensalter, in welchem die Erscheinungen meist zum Aufsuchen des Arztes führen, liegt in Deutschland zwischen 20 und 30 Jahren. Beide Geschlechter waren gleichmäßig betroffen; Haarexpektoration bestand in sieben Fällen. Die Dermoidcysten der Brusthöhle liegen meist im oberen Brustteil, und sie haben die ausgesprochene Neigung zu Verwachsung und Perforation in die Nachbarschaft (Perikard, Bronchien usw.); auch hinten am Halse können die Cysten perforieren und chronische Fisteln veranlassen. Das Leiden kann früher (nach einigen Tagen) oder später (nach 44 Jahren in einem Falle) zum Tode führen.

Differentialdiagnostisch kommen pleuritischer Erguß, Empyem, Aneurysmen, perikarditische Ergüsse, Mediastinalabszesse, retrosternale Kröpfe, sternale Neubildungen und Echinokokken in Betracht. Eine Punktion der Cysten ist augenscheinlich ungefährlich.

Es besteht eine vierfache Ursprungsmöglichkeit dieser Cysten: 1) es sind echte Teratome, 2) branchiogene Reste, 3) können sie in Kombination mit bösartigen Neubildungen, wie Teratoma myomatodes (Virchow), vorkommen, 4) können es abgesprengte Speiseröhrenpartien sein, wie in dem Falle Fletcher's, wo sich die Cyste mit dem embryonalen ösophagealen Flimmerepithel ausgekleidet fand. — Die Behandlung kann nach den Ausführungen der Verff. nur eine chirurgische sein und hat bislang in den meisten Fällen in Drainage und Verödungsversuchen bestanden; der Erfolg war oft recht befriedigend. Einmal gelang es, die Cyste in toto zu exstirpieren.

Die in Betracht kommende, hierher gehörige Literatur ist anscheinend vollständig angeführt. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

60) **Steinthal.** Zur Dauerheilung des Brustkrebses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. p. 226.)

Innerhalb 13 Jahren wurden an 145 weiblichen Kranken 166 Mammaamputationen ausgeführt. Verheiratet waren 80,6%, geboren hatten 70,2%, davon hatten gestillt 72,7%. Bei 18% war eine puerperale Mastitis vorausgegangen. Nachrichten über das Dauerresultat ließen sich bei 99 Kranken erhalten. Davon leben rezidivfrei 33, rezidiviert sind 63, an der Operation gestorben 2, an einer interkurrenten Krankheit gestorben 1. Die Zahl der Dauerheilungen von mehr als 3 Jahren beträgt daher $33^1/_3$%. Rezidive nach dem 3. Jahre wurden nur 3 beobachtet. Das Rezidiv trat im Durchschnitte von 40 Fällen 7,2 Monate nach der Operation auf. Verf. teilt seine Fälle in drei Gruppen: Von 14 Fällen mit langsamem Wachstum, kleinem Tumor und geringen Drüsenmetastasen wurden 11 ge-

heilt, 3 rezidivierten. Von 68 mittelschweren Fällen wurden 20 geheilt, 48 rezidivierten. Von 7 schweren Fällen, bei denen der größte Teil der Mamma ergriffen, der Tumor mit Haut und Unterlage verwachsen und auch die Supraclaviculardrüsen häufig nachweisbar erkrankt waren, wurde keiner gerettet. Das Heil der Kranken für die Zukunft sieht Verf. in frühzeitiger Diagnose und ausgedehnter Operation.

M. v. Brunn (Tübingen).

61) **Wendel.** Über angeborene Brustmuskeldefekte.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 4.)

Unter der stattlichen Zahl von 172 in der Literatar niedergelegten Fällen von angeborenem Brustmuskeldefekte hat W.'s Beobachtung insofern eine Bedeutung, als es sich hier um doppelseitigen Defekt handelt, der bisher nur einmal, von v. Noorden, beschrieben worden ist. Bei dem 32 Jahre alten Manne fehlte die sternokostale Portion des Pectoralis major, der Pectoralis minor, dem Serratus fehlten die oberen Zacken.

Haeckel (Stettin).

62) **A. E. Isaacs** (New York). Suture of veins; review of the subject and report of a case.

(Amer. journ. of surgery 1905. August.)

Historische Übersicht und Beschreibung eines Falles von Naht der V. axillaris in 1 Zoll Länge mittels fortlaufender, die ganze Venenwand fassender, feiner Seidennaht. Der Einriß war bei der Operation eines Mammakarzinoms mit Achseldrüsenmetastasen entstanden. Die Venenscheide wurde extra mit Seide genäht. Ödem des Armes, das nach 6 Monaten allmählich schwand. Da auch in 14 Monaten keine Kollateralvenen sichtbar wurden, nimmt Verf. an, daß sich ein Thrombus gebildet hatte, der resorbiert wurde, so daß die Venenlichtung wieder frei wurde.

Goebel (Breslau).

63) **F. Brüning.** Zwei seltene Fälle von subkutaner Sehnenzerreißung. (Aus der chirurgischen Abteilung des evang. Diakonissenhauses in Freiburg i. Br. Prof. Goldmann.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 40.)

Der erste Fall betraf einen subkutanen Abriß der peripheren Bicepssehne nahe ihrem medialen Ansatze mit Hämatombildung um das Sehnenende, der zweite eine Zerreißung der Sehne des Tibialis anticus am Fußgelenke (Sturz bei im Schneeschuh fixierten Fuß); beidemal wurde durch die operative Vereinigung der auseinandergewichenen Enden ein sehr günstiges funktionelles Resultat erreicht.

Kramer (Glogau).

64) **H. Mohr** (Bielefeld). Zur Kenntnis der tiefliegenden paraartikulären Lipome.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 38.)

In dem mitgeteilten Falle waren die beiden Lipome, welche dicht unterhalb des linken Ellbogengelenkes an der Streck- und Beugeseite des Vorderarmes saßen, und deren eines Druckerscheinungen auf einen Nerven (Extensorenparese am 3. und 4. Finger, Parästhesien) hervorrief, aus dem Spatium interosseum, dicht am Ansatze der Gelenkkapsel, hervorgegangen; sie hingen durch einen dieses durchsetzenden, dünnen Stiel miteinander zusammen und waren mit der Gelenkkapsel dem Periost usw. verwachsen. Bei Pro- und Supinationsbewegungen war ein weiches Knirschen in der Gegend des Radiusköpfchens fühlbar. Die Entfernung der Geschwulst gelang ohne größere Schwierigkeiten; doch behielt die Pat., welche außerdem noch ein subkutanes Lipom in der Schultergegend hatte, die Parese der Extensoren.

Kramer (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.
Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 30. Beilage. 1905.

Bericht über die Verhandlungen

der

Deutschen Gesellschaft für Chirurgie,

XXXIV. Kongreß,

abgehalten vom 26.—29. April 1905

im Langenbeck-Hause.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.
1905.

Inhalt.

Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie.

1) **Riedel** (Jena). Geistige Schwäche und körperliche Leiden auf chirurgischem Gebiete. Mit Krankenvorstellung (Hydrops genu permagnum).

Die meisten Individuen mit leichter Imbecillitas des Geistes verhalten sich körperlich normal, einzelne bieten aber doch etwas Außergewöhnliches. Wunden und Knochenbrüche heilen sehr langsam, letztere zuweilen gar nicht. Es besteht Neigung zu Ödem der Beine und zu ulzerativen Prozessen an denselben. Auffallend früh kommen Neubildungen vereinzelt vor.

Der vorgestellte 17jährige Pat. zeigte im August 1904 Verdickung der Knochen an beiden Füßen und Hydrops genu permagnum nach leichter Kniewunde 1 Jahr zuvor. Die psychiatrische Klinik in Jena stellte kein Leiden des Zentralnervensystems fest, das den Zustand des Kranken erklären könnte. Im Laufe des letzten halben Jahres sind zahlreiche große Fremdkörper im Kniegelenk aufgetreten, dasselbe ist wackliger geworden; die Imbecillitas des Geistes hat zugenommen; die psychiatrische Klinik in Berlin hält Syringomyelie für wahrscheinlich. Weitere im Laufe der nächsten Jahre anzustellende Untersuchungen dürften Klarheit über die Ätiologie des Leidens bringen.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Madelung (Straßburg) hat als chirurgische Erkankungen bei chronischen Irren Neigung zu Knochenbrüchen beobachtet; für diese aber treffe das gleiche zu wie für andere Verletzungen, daß nämlich selbst die größten Selbstverletzungen, Eventrationen usw. bei Irren überraschend schnell heilen.

Muskat (Berlin) hat bei imbezillen Kindern die gleichen Erfahrungen gemacht, wie Madelung bei Irren.

Riedel (Schlußwort) hat nicht von Geisteskranken, sondern von Imbezillen den Eindruck gewonnen — auch bei Kindern —, daß die Wundheilung langsamer verlaufe.

Christel (Metz).

---

2) **Bier** (Bonn). Behandlung akut entzündlicher Krankheiten mit Stauungshyperämie.

B. zeigte an einer Reihe von akut entzündlichen Krankheiten die praktische Anwendung der Stauungshyperämie, die teils mit der Gummibinde, teils mit Saugapparaten hergestellt wurde. Behandelt wurden: Frische akute Entzündungen, infizierte Wunden, Sehnen-

scheidenpanaritien, Otitis media mit Mastoiditis usw. mit Stauungsbinden, Abszesse und Furunkel mit Saugapparaten. Die Kranken lagen während der Dauer des Kongresses auf einer besonderen Abteilung der v. Bergmann'schen Klinik und waren den Besuchern des Kongresses täglich zugänglich. Da es sich lediglich um praktische Demonstrationen handelte, so ist ein längerer Bericht nicht am Platze.

(Selbstbericht.)

---

3) **Schloffer** (Innsbruck). Über Perubalsam als Mittel zur Wundbehandlung.

Die Verwendung der Balsame zur Wundbehandlung reicht bis in das Altertum zurück. Auch der Perubalsam steht in Amerika seit langer Zeit als Volksmittel zu demselben Zwecke in Gebrauch.

Bei uns wurde der Perubalsam vorwiegend von dermatologischer Seite, dann aber auch zur Behandlung tuberkulöser Wunden herangezogen (Thiersch-Gräfe, Landerer, Sayre, Vamossy-Schopf). Doch wird auch gelegentlich über gute Erfolge bei Behandlung frischer akzidenteller Wunden berichtet (Wiss, Stockum).

Bevor S. den Perubalsam beim Menschen in Anwendung brachte, wurde durch Tierversuche (Dr. Suter) nachgewiesen:

1) Daß man Meerschweinchen subkutan und intraperitoneal relativ hohe Dosen des unverdünnten Balsams ohne Schaden einverleiben kann. Würde man von den dabei gewonnenen Zahlen auf den Menschen schließen, so müßte dieser mindestens 70 ccm intraperitoneal, 200—300 ccm subkutan vertragen. Die praktisch in Betracht kommenden Mengen betragen aber kaum $^1/_{10}$ davon.

2) Bei Infektion der Tiere mit Gartenerde, welche dieselben in längstens $1^1/_2$ Tagen an einem jauchigen Ödem tötete, wurde die akute Entzündung vermieden, wenn man der Gartenerde sogleich oder wenige Stunden später Perubalsam nachschickte. Ein Teil der auf diese Weise vorerst geretteten Tiere verendete allerdings nachträglich noch an Tetanus; die anderen genasen nach Entleerung eines lokalen Abszesses, der wenig Erscheinungen der akuten Entzündung aufwies.

Beim Menschen hat der Perubalsam nie giftige Eigenschaften entwickelt (niemals Albuminurie). Er hat bei verunreinigten Rißquetschwunden stets die (oft zu gewärtigende) Jauchung verhindert. Schwere komplizierte Oberschenkelfrakturen mit ausgedehnter Weichteilzertrümmerung heilten unter geringfügiger Eiterung aus. Die praktischen Erfahrungen S.'s rechtfertigen zwar keine enthusiastische Auffassung der Balsamwirkung, stellen aber außer Zweifel, daß der Perubalsam bei gewissen, frischen, akzidentellen Wunden eine verblüffend günstige Wundheilung schafft.

Auch bei einzelnen Operationswunden, die mit Rücksicht auf bestimmte Verhältnisse als infiziert zu betrachten oder in dieser Hinsicht doch später besonders gefährdet sind, schien der Balsam dankenswerte Eigenschaften zu entfalten.

Histologische Untersuchungen haben ergeben, daß sich im Gewebe in der Umgebung des Perubalsam eine breite Schicht stärkerer Leukocytose einstellt (niemals eine Ätzwirkung!). Vielleicht ist in dieser Leukocytose eine Ursache für die auffallende Wirkung des Balsams zu erblicken. Daneben kommt wohl auch in Betracht, daß eine Art Einbalsamierung der der Nekrose verfallenen Gewebsteile stattfindet, die dann nicht mehr als Nährboden für Bakterien dienen können. Eine große Rolle spielt sicher auch die Beständigkeit des Balsams, der noch viele Tage nach seiner Einbringung in merklichen Mengen an Ort und Stelle anzutreffen ist.

Der im Handel erhältliche Perubalsam ist vielfach verfälscht. Es empfiehlt sich daher, klinische Nachuntersuchungen zunächst nur mit Balsamarten vorzunehmen, deren Echtheit durch die Verläßlichkeit der in Anspruch genommenen Firma außer Zweifel gestellt ist.

(Selbstbericht.)

---

4) **B. Heile** (Breslau). Die Autolyse als Heilfaktor in der Chirurgie.

Vortr. erinnert an seine Untersuchungen, die zuerst den direkten Beweis erbrachten, daß intrazelluläre Enzyme bei dem Ablauf gewisser pathologischer Zustände sicher auch intravital eine große Rolle spielen. So sah Vortr. bei der Rückbildung der tuberkulösen Abszesse direkt während der Beobachtung Enzymwirkungen auftreten, von denen er nachweisen konnte, daß sie aus zugrunde gegangenen Zellen (Leukocyten) stammen mußten. Auch in der Röntgenwirkung sah Vortr. die Auslösung der intrazellulären Enzyme durch die Gesamtschädigung des Zellprotoplasma und damit durch das Freiwerden der intrazellulären Fermente. Vortr. sieht in der Gesamtschädigung der Zelle und in dem gewissermaßen Aktiviertwerden der Enzyme das Wesentliche der Röntgenwirkung, während er sich nicht der Ansicht anderer Autoren anschließen kann, die in gewissen Zersetzungsprodukten (Lecithin usw.) das Wirksame sehen. Vortr. ging jetzt von dem Gedanken aus, diese besonders in den Leukocyten aufgespeicherten Enzymwirkungen für den Ablauf pathologischer Zustände während des Lebens auszunutzen. Es handelte sich darum, Leukocyten anzusammeln durch leukotaktische Mittel, sie zum Zerfall zu bringen durch Röntgenstrahlen und dadurch die natürlichen Heilkräfte des Körpers zu vermehren. War die Ansammlung der Leukocyten eine mehr lokale, so entstand nach genügend starker Röntgenbestrahlung lokal ein Röntgenulcus, das bei der gleichen Bestrahlung an einem anderen Tiere fehlte, auch wenn man die Gewebe lokal durch nicht leukotaktische, indifferente Mittel geschädigt hatte. Es gelang dem Vortr. durch Konzentrierung der Leukocytose auf das Peritoneum beim Kaninchen eine experimentelle Peritonitis zu heilen, wenn die Leukocyten durch Röntgenstrahlen zum Zerfall gebracht waren. Im Gegensatz hierzu gingen die Kontrolltiere mit der gleich großen Leuko-

cytose und der gleich großen Infektion an der Peritonitis zugrunde, anscheinend deshalb, weil hier die an die Leukocyten gebundenen Fermente nicht genügend auf die Bakterien einwirken konnten.

Entsprechend der lokalen Beeinflussung der Leukocyten durch die Röntgenstrahlen konnte Vortr. auch die allgemeine Leukocytose im zirkulierenden Blute durch allgemeine Röntgenbestrahlung aufs stärkste beeinflussen. Allgemeine Leukocytosen über 40000 im Kubikzentimeter Blut gingen nach einmaliger starker Bestrahlung zurück auf weniger als 1000 im Kubikzentimeter. Dementsprechend sank die Körpertemperatur, während die Gerinnbarkeit des Blutes zunahm. Die Tiere überwanden aber durchweg das einmalige Sinken der Leukocytenzahl, die nach etlichen Tagen wieder normal wurde. Wiederholte energische Bestrahlungen lösten allerdings unter erneutem Abfall der Leukocytenzahl und der Temperatur den Tod der Tiere aus.

In dieser Beeinflussung der Zellen, insbesondere der Leukocyten, in dem Freiwerden der intrazellulären Enzyme und deren Wirksamkeit erklärte Vortr. auch die Wirkungen der Bier'schen Stauung. Das Anlegen der Gummibinde an den vier Extremitäten hatte z. B. nach den Untersuchungen des Vortr. eine sehr lebhafte Vermehrung des Zerfalls zur Folge, die, wie der Vortr. nachwies, an der Vermehrung der Gesamtstickstoffausscheidung, sowie an der vergrößerten Ausfuhr von Harnsäure und Purinbasen im Harn nachzuweisen war. Mit dem Zugrundegehen dieser zahlreichen Zellen müssen aber auch sehr verstärkte intrazelluläre Enzymwirkungen ausgelöst sein. Wenn Vortr. auch glaubt, daß die intrazellulären Enzyme in den Leukocyten besonders stark angehäuft sind und andererseits in den Leukocyten von uns besonders gut dienstbar gemacht werden können, so wies Vortr. andererseits darauf hin, daß die Wirkung intrazellulärer Fermente auch bei den verschiedensten Operationen, bei denen durch zahlreiche Unterbindungen, Gewebsquetschungen usw. Gelegenheit genug gegeben ist zum Zugrundegehen von Gewebszellen, daß hierbei nicht nur die intrazellulären Fermente der Leukocyten, sondern besonders auch der fixen Gewebszellen für den normalen Wundverlauf von Wichtigkeit sind. So konnte Vortr. besonders bei subkutanen Frakturen mit Gewebsquetschung und nach Strumaresektionen mit normalem, nicht infiziertem Wundverlauf an der Vermehrung der Gesamtstickstoff-, Purin- und Harnsäureauscheidung das Zugrundegehen vieler Zellen und damit die Auslösung zahlreicher autolytischer Vorgänge nachweisen.

Vortr. betont zum Schluß, daß das wesentlichste für den Praktiker darin liegt, daß es ihm ermöglicht wird, die Wirkung der Röntgenstrahlen am Orte der Wahl zu verstärken, und daß er durch die mit Bier'scher Stauung oder Röntgenbestahlung ausgelösten Einwirkungen die Zellkonstitution, besonders die der Leukocyten, derart umstellen kann, daß die nur sehr beschränkt wirksamen intrazellulären Enzyme sehr ausgiebig den Ablauf pathologischer Zustände beeinflussen können.

(Selbstbericht.)

5) **H. Heineke** (Leipzig). Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Knochenmark.

Das Tierexperiment gibt die Erklärung für die Erfolge der Röntgenbehandlung der Leukämie, da sich zeigen läßt, daß die X-Strahlen imstande sind, die weißen Zellen des Knochenmarkes und die Zellen des lymphoiden Gewebes in elektiver Weise zu zerstören, sowohl im zirkulierenden Blute wie in ihren Bildungsstätten. Andererseits stimmen die Resultate des Tierexperimentes aber auch gut überein mit der Erfahrung, daß die Erfolge der Röntgentherapie der Leukämie in den meisten Fällen unvollkommen sind, und daß oft nach kurzer Zeit Rezidive auftreten. Die Veränderungen, die die Röntgenstrahlen in den blutbildenden Organen hervorrufen, sind nämlich, wie sich durch Tierversuche leicht nachweisen läßt, nur vorübergehende und sind in weitgehendstem Maße der Regeneration fähig.

Wenn man Meerschweinchen in einer Sitzung 10 Stunden lang bestrahlt — eine Bestrahlungsdauer, nach der etwa die Hälfte bis zwei Drittel der Tiere am 14.—16. Tage zugrunde gehen —, dann zeigen sich die ersten Veränderungen an den weißen Zellen des Knochenmarkes schon 3—4 Stunden nach dem Beginne der Bestrahlung. Man sieht dann erst einzelne, dann von Stunde zu Stunde größere Massen von zerfallenden und zerfallenen Kernen; die Kerntrümmer erscheinen zuerst als formlose Schollen, später als Chromatinkugeln, die schließlich meist von Phagocyten aufgenommen werden. Zuerst scheinen die Lymphocyten zu zerfallen, dann die Riesenzellen, die eosinophilen und Mastzellen, endlich die ungranulierten Myelocyten, während die neutrophilen polynukleären Leukocyten am längsten intakt bleiben. Der Kernzerfall erreicht seinen Höhepunkt nach 10—12 Stunden; das Mark ist dann wie übersät mit Kerntrümmern und zeigt nur noch relativ wenige intakte Zellen. Bald darauf verschwinden die Kerntrümmer aber allmählich wieder; gleichzeitig nimmt die Zahl der weißen Markzellen schnell ab, das Mark wird von Stunde zu Stunde zellärmer, und am 5.—6. Tage nach der Bestrahlung sind die weißen Zellen bis auf ganz geringe Reste verschwunden. Das Mark zeigt dann nur die fast leeren Maschen des Stützgewebes, Fettzellen und mit roten Blutkörperchen gefüllte Kapillaren.

Wenige Tage später, am 11.—12. Tage, beginnt bereits die Regeneration der weißen Markzellen. Überall erscheinen wieder kleine Häufchen von Zellen, die zahlreiche Mitosen enthalten; sie nehmen rasch an Menge zu, und nach $2^1/_2$—3 Wochen ist die Regeneration bereits abgeschlossen, d. h. das Mark ist dann wieder ebenso zellreich wie in der Norm und ist auch hinsichtlich der histologischen Details kaum vom normalen zu unterscheiden.

Die durch die Röntgenstrahlen zerstörten Zellen des Knochenmarkes regenerieren sich also ebenso prompt, wie dies von den Zellen des lymphoiden Gewebes bereits früher nachgewiesen werden konnte. Allerdings beziehen sich die Tierversuche zunächst nur auf die Folgen

einer einmaligen mehrstündigen Bestrahlung. Ob es gelingt, durch lange fortgesetzte Bestrahlungen in kleinen Dosen ein Wiedernachwachsen der zerstörten Zellen auf die Dauer zu verhindern, das muß noch dahingestellt bleiben. Die bisher beim Menschen gesammelten Erfahrungen sprechen aber dafür, daß es auch bei dem letztgenannten Modus der Bestrahlung schließlich doch zu einer Regeneration kommt.

(Selbstbericht.)

---

6) **Landow** (Wiesbaden). Zur Pathologie und Chirurgie der Osteomyelitis gummosa der langen Röhrenknochen.

L. vermehrt die zurzeit noch außerordentlich dürftige Kasuistik der an frischen Präparaten studierten Fälle von Osteomyelitis gummosa der langen Röhrenknochen durch die Mitteilung eines Falles von multipler Knochenerkrankung, welcher infolge der trotz mehrjähriger antiluetischer Behandlung sich steigernden Schmerzhaftigkeit der befallenen Knochen und der stetig zunehmenden Verschlechterung des Allgemeinbefindens der im Pubertätsalter stehenden Pat. einer eingreifenden chirurgischen Behandlung unterzogen wurde.

Gegenstand des operativen Eingriffes waren eine ziemlich hochgradige von der medialen Fläche des Knochens ausgehende Tibiahyperostose, eine Spina ventosa des linken Metacarpus I und die unteren Gelenkenden beider Humeri. Die Operation selbst bestand in der Entfernung der erkrankten Knochenteile, wobei ein noch sehr wenig bekanntes anatomisches Bild zutage trat, das bei der Tibiaaffektion am ausgesprochensten war und hier folgende Merkmale darbot: das schwartig verdickte Periost ist von bräunlich gelber Farbe; der stellenweise kariöse, im ganzen ziemlich feste Knochen zeigt eine schwefel- bis jodoformgelbe Farbe und einen dem Stangenschwefel eigentümlichen trockenen matten Glanz.

Dieser hier erhobene Befund stimmt im wesentlichen mit den sehr spärlichen Beobachtungen hauptsächlich einiger französischer Forscher überein, von welchen die gummösen Knochenherde je nach dem Grade der Entwicklung verschieden beschrieben werden. Anfangs gelatinös und rötlich, nehmen sie später eine derbere Konsistenz an und werden dann von den einzelnen Beobachtern als rotgelb, goldgelb, schwefelgelb, safrangelb und ockerfarben geschildert.

In dieser Färbung, deren Ursache nach Ansicht des Vortr. in einer fettigen Degeneration der gummösen Massen zu suchen ist, hätten wir also ein sehr wertvolles der Syphilis eigentümliches differentialdiagnostisches Merkmal zu erblicken gegenüber den mehr weißlichen, grauen oder graugelblichen Farbentönen bei der Tuberkulose.

Die Diagnose des hier in Frage stehenden Falles wurde anfangs nicht unerheblich erschwert durch den Umstand, daß sowohl aus den Stücken der periostalen Schwarte als auch aus den Knochenteilen und dem Markhöhleninhalt der Tibia sowie des Metacarpus I der Staphylokokkus aureus in Reinkultur gezüchtet werden konnte, der sich

aber bei der Tierimpfung als sehr wenig virulent erwies und offenbar auf das Wesen des Prozesses kaum einen nennenswerten Einfluß ausgeübt hat.

Der Erfolg der operativen Behandlung, welche später durch eine spezifische Therapie unterstützt wurde, war ein nach jeder Richtung zufriedenstellender. (Selbstbericht.)

---

7) **Bier** (Bonn). Über den gegenwärtigen Stand der Rückenmarksanästhesie, ihre Berechtigung, ihre Vorteile und Nachteile gegenüber anderen Anästhesierungsmethoden.

Die alte Rückenmarksanästhesie mit reinem Kokain war wegen ihrer Gefahren und zahlreichen Unannehmlichkeiten nicht imstande, der Allgemeinnarkose ernsthaft Konkurrenz zu machen. Auch die zahlreichen älteren Ersatzmittel des Kokains haben sich nicht so bewährt, daß sie dem Verfahren Eingang verschaffen konnten.

In neuerer Zeit aber ist es nach mehreren Richtungen hin sehr erheblich verbessert, und zwar: 1) Durch Zusatz von Nebennierenpräparaten zum Kokain, von denen sich am besten Paranephrin und Suprarenin bewährt haben. Diese Mittel schränken die Gefahren des Kokains ganz erheblich ein, sie sind aber leider nicht imstande, die unangenehmen Neben- und Nacherscheinungen, die dies Mittel verursacht (besonders Kopf- und Rückenschmerzen, Erbrechen), zu unterdrücken.

2) Durch die Herstellung des Stovains, eines von dem französischen Chemiker Fourneau erfundenen reinen Anästhesierungsmittels. Es hat im Gegensatz zum Kokain nur sehr unbedeutende unangenehme Neben- und Nachwirkungen. B. hält das Stovain für das zurzeit weitaus beste Mittel, um die Rückenmarksanästhesie zu erzeugen. Er rät, es immer in Verbindung mit Nebennierenpräparaten anzuwenden, um seine Gefahren nach Möglichkeit herabzusetzen.

Es ist ein großer Vorteil der Rückenmarksanästhesie, daß sie gerade von schwachen und elenden Personen, bei denen eine Allgemeinnarkose bedenklich ist, und auch von solchen, die sich in hohem Alter, befinden, vortrefflich vertragen wird.

In etwa 6—10% der Fälle blieb früher die zur Operation notwendige Anästhesie nach der Einverleibung des Anästhetikums in den Lumbalsack aus. Dieser große Fehler des Verfahrens, den man ihn mit Recht zum Vorwurf macht, läßt sich durch eine sorgfältige Technik fast vollständig vermeiden. (Selbstbericht.)

---

8) **Dönitz** (Bonn). Technik, Wirkung und spezielle Indikation der Rückenmarksanästhesie.

Genauere Angaben über obige Fragen.

Diskussion.

Czerny (Heidelberg) hat — nach Unterbrechung der früheren Versuche mit Kokain — solche mit Stovain wieder aufgenommen und erklärt sich mit den Erfolgen zufrieden. Die Punktion wird zwischen 2. und 3. Lendenwirbel gemacht, etwa $^1/_2$ Spritze Liquor angesogen und aus 10%iger Lösung 0,06 Stovain injiziert. Unter 29 bei Stovainanästhesie operierten Fällen befanden sich 11 Eingriffe am Damme, 4 Prostatektomien, ferner Lithothrypsien, Amputationen usw.

Hermes (Berlin) ergänzt die früher von Sonnenburg gemachten Mitteilungen zu etwa 90 im ganzen, darunter 22 Laparotomien (Appendektomien, Nabelbrüche); 4mal blieb die Anästhesie völlig aus; dies scheint individuell zu sein, da 2maliges Versagen bei demselben Manne beobachtet wurde. Bei Bauchoperationen kam wiederholt kalter Schweiß zum Ausbruche bei Blässe und kleinem Puls; einmal mußte Camphor gegeben werden. Kopfweh tritt ebenfalls öfter ein, hielt in einem Falle 8 Tage, in einem 8 Wochen an, trotz kräftiger Konstitution des Kranken. Die verwendeten Dosen betrugen 0,04 bis 0,06 Stovain. Die besten Dienste erweise die Rückenmarksanästhesie bei 75jährigen und älteren Leuten, trotz Herz- und Lungenerkrankungen.

Christel (Metz).

Silbermark (Wien) hat in der v. Mosetig'schen Station im allgemeinen Krankenhause in Wien an 300 Spinalanalgesien ausgeführt und hierbei niemals irgendwelche Schädigungen, geschweige denn einen Todesfall erlebt.

S. läßt nur eine absolute Gegenanzeige gelten, und zwar ein Alter unter 16 Jahren. Die Beobachtungen erwiesen im übrigen, daß gerade dekrepide, herabgekommene Individuen die Analgesierung bei weitem besser vertragen, als junge kräftige Leute, die häufiger über Nachwirkungen klagten. S. hält die Spinalanalgesie direkt für ungefährlich, wenn man kein Kokain, sondern ein ungiftigeres Derivat, wie Tropakokain, Eukain oder Stovain, injiziert und gewisse sog. »Kleinigkeiten« in der Technik der Vorbereitung und Ausführung beachtet.

S. analgesiert aus bestimmten Gründen (vide Vortrag in der Gesellschaft der Ärzte in Wien, November 1904) stets in sitzender Position des Kranken und wendet seit langem nicht mehr Beckenhochlagerung an. In ungefähr 4% trat keine Analgesie auf (darunter 1mal bei Stovainisierung); doch spielen hierbei nebst geringerer Empfänglichkeit sicherlich in den meisten Fällen Fehler in der Technik die größte Rolle.

Was speziell die lästigen bulbären Symptome intra operat. anlangt, so hat S. das Auftreten von solchen (Brechreiz, Erbrechen, Kollaps) auf Grund einer Beobachtung und der daraus gefolgerten Abänderung in der Technik von 20% auf 9% herabgedrückt. (7mal Brechreiz, 1mal Erbrechen, 1mal unbedeutender Kollaps).

Obwohl S. von Anfang an entgegen der aufgestellten Regel höchstens 3—4 ccm Liquor abfließen ließ, traten in der 1. Serie

(200 Fälle) in 20,5% medullare Vergiftungserscheinungen, zumeist Erbrechen, intra operat. auf. Seitdem er jedoch höchstens 1 ccm Liquor entzieht — gegen 2 ccm Injektionsflüssigkeit — kommen zerebrale Erscheinungen äußerst selten vor. S. stellt zur Erklärung die Hypothese auf, daß durch die Entziehung von viel Liquor ein Unterdruck im Spinalkanal gesetzt werde. Infolge der Bestrebungen von seiten des Epithels diesen Unterdruck durch Flüssigkeitsproduktion so rasch als möglich auszugleichen, entstehe eine Art Strömung, die das giftige Anästhetikum rasch zur Medulla schaffe und die bulbären Symptome hierdurch auslöse. Werde hingegen kein Unterdruck geschaffen, so verbleibe das Anästhetikum an Ort und Stelle und werde von der Umgebung der Einstichstelle vollkommen oder fast vollkommen aufgenommen, so daß nichts oder nur minimale Mengen des einverleibten Giftes zur Medulla gelangen. Für die Annahme einer größeren lokalen Bindungsfähigkeit, die dem einen oder anderen Mittel spezifisch sei, sei kein Anhaltspunkt vorhanden. Über die Resultate seiner diesbezüglichen Versuche kann S. noch nicht berichten.

Auf Grund ihrer Erfahrungen sind v. Mosetig und S. unbedingte Anhänger der Methode Bier's, und zwar bei Operationen, die den Unterbauch und die unteren Extremitäten betreffen.

(Selbstbericht).

Neugebauer (M.-Ostrau) berichtet über 480 Spinalanalgesien. Die größte Mehrzahl wurde mit Tropakokain ausgeführt, doch wurden auch über Eukain, Stovain und Tropakokain in Gelatine Erfahrungen gesammelt. Lebensgefährliche Erscheinungen unmittelbar nachher oder spätere Schädigungen des Nervensystems wurden überhaupt nicht beobachtet. Die besten Erfolge ergab Tropakokain, doch waren auch nach diesem in 30% der Fälle Kopfschmerzen im Gefolge. Eukain und Stovain machten viel öfter Kopfschmerzen und vor Allem Erbrechen. Dagegen scheinen sich aus der Klapp'schen Idee, das Mittel in resorptionsverlangsamenden Mitteln (Gelatine) zu verabfolgen, vielversprechende Verbesserungen zu ergeben. Die Analgesie beginnt am Damm, ergreift dann die hinteren Flächen, darauf die vorderen Flächen der Extremitäten und schließlich die Inguinalgegend. Laparotomien soll man im allgemeinen von dieser Anästhesie ausschließen, da man dafür größere Dosen braucht und daher eher Vergiftungen erzielt.

(Selbstbericht.)

Preindlsberger (Sarajewo): Anfangs, wie die meisten Chirurgen, von dem Versuche der Rückenmarksanästhesie durch die Warnungen des Autors der Methode abgeschreckt, wurde P. vor 3 Jahren durch eine Publikation Neugebauer's auf das von Schwarz empfohlene Tropakokain aufmerksam, dessen relative Gefahrlosigkeit auch Prof. Bier bestätigte. Er hat im ganzen 305 Rückenmarksanästhesien in seiner Abteilung vorgenommen; dazu kommen noch 2 Fälle, die er in Wien bei v. Mosetig, 2 Fälle bei Frank, 3 Fälle bei O. Zuckerkandl, je 1 Fall bei Schnitzler und Chrobak ausführte. Über

seine ersten 45 Fälle hat er bereits berichtet, so daß er heute über 260 eigene bis April d. J. vorgenommene Rückenmarksanästhesien neuerdings referieren kann. Darunter sind nur 5 Fälle mit Eukain und 1 Fall mit Anästhesin.

Eukain gab P. auf, da er vielleicht zufälligerweise mit diesem Präparate keine günstigen Erfahrungen machte; Anästhesin versuchte er wegen seiner geringen Löslichkeit nicht weiter.

Er führte nur Operationen bis zur Unterbauchgegend aus, vorwiegend Herniotomien, urologische Eingriffe, Operationen am Mastdarm und den unteren Extremitäten.

Dabei ließ er die Kranken stets zwischen Allgemeinnarkose und Rückenmarksanästhesie wählen und führte meistens jene Eingriffe, die, mit kurzdauernder Narkose (Bromäthyl) oder mit lokaler Anästhesie vorgenommen, eine genügende Schmerzlosigkeit erwarten ließen, in letzterer Weise aus.

Von diesen letzten 260 Fällen, die er in ihrem ganzen Verlaufe, bis 4 Wochen nach dem Eingriffe, beobachten konnte, betrafen

das	Alter	von	10—20	Jahren	=	36,
»	»	»	20—30	»	=	88,
»	»	»	30—40	»	=	51,
»	»	»	40—50	»	=	37,
»	»	»	50—60	»	=	17,
»	»	»	60—70	»	=	8,
»	»	»	70—80	»	=	3 Fälle.

14mal war eine oberflächliche, 19mal bei vollständigem Versagen der Wirkung eine tiefe Allgemeinnarkose erforderlich, 4mal mußte wegen Unruhe der Kranken die Narkose eingeleitet werden, und 2mal mißlang die Punktion des Rückenmarkskanals.

In allen übrigen Fällen trat eine komplette Wirkung ein.

Von üblen Zufällen beobachtete P. einen schweren Kollaps, der rasch vorüberging und dann die Allgemeinnarkose erforderte; 6mal leichte Kollapserscheinungen, eine Blässe, Ohnmachtsgefühl, Schweißausbruch, Kleinerwerden des Pulses; Temperaturerscheinungen: 3mal 1 Tag 38,5; 1mal 1 Tag 38,6; 1mal 1 Tag 38,2; 1mal 3 Tage bis 40,0; 1mal 1 Tag 39,5. Ein ausgesprochen neurasthenischer Pat. klagte mehrere Tage über ziehende Schmerzen in den Beinen. Am häufigsten beobachtete P. Kopfschmerzen als Folge der Injektion, und zwar:

19	Fälle	1	Tag	leichter Kopfschmerz.
3	»	2	Tage	
10	»	3	»	
1	Fall	4	»	
1	»	6	»	
1	»	8	»	

1	Fall	3	Tage	heftiger Kopfschmerz.
1	»	7	»	

Bei den 5 Fällen, wo 0,03 Eukain injiziert wurde, war die Wirkung 2mal oberflächlich, 1mal blieb sie ganz aus, 3mal Kopfschmerzen, 1mal 38,5, 1mal 39,5 Temperatursteigerung. Von 1%igem Anästhesin

injizierte P. 1mal 0,01 bei einer Analfisteloperation; die Wirkung schien bei der etwas indolenten Pat. gut zu sein, Folgen traten keine ein.

Das häufigste Symptom, die Kopfschmerzen, könnten vielleicht bei einem anderen Anästhetikum vermieden werden; so beobachtete Sonnenburg nach seinen jüngsten Publikationen, daß Kopfschmerzen nach Injektion von Stovain nicht auftraten.

Wenn P., wie bei seiner ersten Publikation, die Operationen nach der Körperregion in drei Gruppen teile, so gelangten

I. Inguinal- und Unterbauchgegend 157 Eingriffe zur Ausführung:

146 freie Hernien { 125 komplette / 9 oberflächliche / 10 keine } Wirkung.

7 inkarzerierte Hernien, darunter 2 mit Darmresektionen, komplette Wirkung.

4 Sectio alta, komplette Wirkung.

II. Dammgegend: 51 Fälle.

2	Fistulae urethrales,		komplette Wirkung,
5	Prostatektomie,		» »
6	Lithothripsie,	1 oberflächliche, 5	» »
9	Hämorrhoidoperation,		» »
1	Vasectomia bilateralis,		» »
2	Varicokelenoperation (Narath)		» »
5	Semicastratio,		» »
6	Mastdarmablösung und Cystotomia perinealis,		» »
3	Fistula ani		» »
1	Urethrotomia externa		» »
3	Hydrokelenoperation,		» »
4	Periproctitis		» »
2	Exstirpatio recti,		vollkommene Wirkung,
1	» uteri vaginalis,		» »
1	Caries ossis sacri		» »

III. Untere Extremitäten: 48 Fälle.

3	Necrotomia cruris,	2	komplette,	1 ohne Wirkung,
4	» femoris,	4	»	Wirkung,
3	Vulnus sclopetar. femoris,	3	»	»
4	Amputatio cruris,	4	»	»
8	» femoris,	7	»	1 oberflächl. Wirkung
4	Resectio genus,	3	»	1 keine Wirkung,
1	Arthrotomia genus,	1	»	(Projektil im Knochen),
5	Resectio pedis,	5	»	Wirkung,
1	Enucleatio pedis,			1 oberflächl. Wirkung,
7	Incisio et excochleatio pedis,	6	»	1 » »
1	Osteotomia femoris bilateralis,	1	»	Wirkung,
1	Exstirpatio ulceris cruris,	1	oberflächlich,	
1	» bursae praepat.,	1	komplette Wirkung,	

1 Necrotomia pedis,	1 komplette Wirkung,
3 Enucleatio hallucis et metarsi,	3 » »
1 Incisio et excochleatio pedis,	1 » »

In den ersten bereits publizierten 45 Fällen von Rückenmarksanästhesie war

in der Gruppe I	die Anästhesie		komplett	8mal,
	»	»	teilweise	4mal,
	»	»	keine	6mal;
in der Gruppe II	»	»	komplett	7mal,
	»	»	teilweise	1mal,
	»	»	keine	1mal;
in der Gruppe III	»	»	komplett	13mal,
	»	»	teilweise	2mal,
	»	»	keine	3mal.

Schwerere Folgen beobachtete P. in allen 305 Fällen 6mal, wenn er die Temperatursteigerungen abrechnet nur 2mal.

Tropakokain verwendete er in den Dosierungen von 0,04—0,07; nur 1mal in der ersten Reihe 0,08.

Die Punktionen führte P. fast ausschließlich in der Bier'schen Seitenlage aus; die Kranken wurden nach der Injektion in mäßige Beckenhochlagerung gebracht.

Die Lösungen wurden im Wasserbade in den vorbereiteten Glasphiolen sterilisiert, die dann zugeschmolzen wurden; vor der Verwendung neuerliche Sterilisierung; P. ließ sich vom Instrumentenmacher Reiner in Wien eine vollständig zerlegbare und sterilisierbare Metallspritze mit Bajonettverschlüssen anfertigen, die mit dem Trokar ebenfalls durch einen Bajonettverschluß verbunden werden kann.

(Selbstbericht.)

Goebel (Breslau) hat bei Fellachen mit Tropakokain 4% Mißerfolge erlebt und es wieder aufgegeben.

Bier (Schlußwort): Injektion und Operationen in Beckenhochlagerung sollen nur mit Paranephrinzusatz (3 Tropfen) gemacht werden, sonst seien Kollapse zu fürchten. Mißerfolge, wie die von Czerny und Hermes mitgeteilten, seien auf die angewendete Technik zurückzuführen; man injiziere nicht bei langsamem Abtropfen, sondern flottem Strome des Liquors. Laparotomie schließt B. von der Lumbalanästhesie aus. Bei allen bisherigen Mitteilungen sei wesentlich die Frage, ebenso wieviel Liquor abgelassen worden sei — nur eben soviel als zur Verdünnung erforderlich —, als auch wieviel Paranephrin man zugesetzt habe. Aus den Verschiedenheiten der Technik erklären sich wohl die sonstigen Differenzen. Wohl sei das Verfahren noch kein Fertiges, aber es sei diskutabel und für alte, dekrepide Leute zu empfehlen, besonders bei Operationen am Damm und Mastdarm. Spritze man größere Verdünnungen schnell ein, lasse sich die Anästhesie wohl höher treiben, doch warne er davor, weil Kollaps zu

befürchten sei. Er lasse den Pat. die Wahl der Anästhesierung; zeitweise wählten fast alle die lumbale, zeitweise wurde sie abgewiesen.

Christel (Metz).

---

9) **Küster** (Marburg). Ein Fall von örtlichem Tetanus. Antitoxineinspritzung in die Nervenstämme. Heilung.

Im Anschluß an den von Gumprecht gelieferten Nachweis, daß das Tetanusgift nur in den Bahnen der peripheren Nerven dem Zentralnervensystem zugeführt und von dorther erst das Krankheitsbild des Starrkrampfes eingeleitet werde, haben Meyer und Ransom weiter festgestellt, daß die giftleitenden Nerven gesperrt und dadurch das Rückenmark geschützt werden könne.

K. hatte Gelegenheit, die Richtigkeit dieser Theorie auch am Menschen zu prüfen. Ein 37jähriger Angestellter des v. Behring-schen Institutes zog sich im Jahre 1902 Schnittwunden der rechten Hohlhand durch das Zerbrechen einer mit virulenter Tetanusbazillenkultur gefüllten Glasflasche zu. Die Wunden wurden mit Tetanusantitoxin gewaschen und eine subkutane Einspritzung gemacht. Vom 7. Tag an traten im rechten Arme zunehmende schmerzhafte Muskelkrämpfe auf; zugleich begannen die Nacken-, Kiefer- und Speiseröhrenmuskeln sich zu beteiligen. K. legte nunmehr erst das Achselnervengeflecht frei und spritzte Antitoxinheilserum in die Stämme der drei Armnerven bis zu deren Aufquellung; das gleiche Verfahren wiederholte er an den Cervicalnerven über dem Schlüsselbeine. Schon am nächsten Morgen waren die Erscheinungen fast vollkommen geschwunden und kehrten nicht zurück; dagegen entwickelte sich nach wenigen Tagen eine sehr schmerzhafte und langdauernde Myositis, welche K. nicht auf die Einspritzung zurückführt, da ähnliches schon früher beobachtet worden ist. Der Mann wurde vollkommen geheilt.

Hiernach empfiehlt K. das Verfahren, indem er annimmt, daß die beginnende Beteiligung des Rückenmarkes kein Hindernis für dessen Anwendung bilde, weil nach Sperrung der Giftzufuhr der Körper mit den schon eingedrungenen Giftmengen fertig werde.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

König sen. (Jena) wünscht zu wissen, welche allgemeinen Tetanussymptome (Trismus usw.) Pat. gehabt hat? Dies sei wichtiger, als die Erscheinungen im Arme.

Küster hat auch Trismus konstatieren können.

Hertle (Graz) beobachtete im September 1904 einen Tetanusfall in der Klinik, der nach 8tägiger Inkubation aufgetreten war. Am 3. Tage kam Pat. zur Aufnahme. Die Wunde wurde exzidiert und Tetanusantitoxin in die Wunde und in die drei Nervenstämme des Armes gebracht. In den ersten Tagen war eine entschiedene Besserung zu konstatieren, nach 6 Tagen plötzliche Verschlimmerung und Tod nach wenigen Stunden.

H. glaubt die Besserung auf eine Absperrung des Toxins vom übrigen Körper zurückführen zu sollen. Die Injektionen sollten jedenfalls öfters wiederholt werden.

Braun (Göttingen) hält bei allgemeinem Tetanus die lokalen Injektionen nicht für anwendbar. Schon bei 10tägiger Dauer der Erscheinungen sei von den Injektionen nichts mehr zu erwarten.

Kocher (Bern) hat einen Fall mit Injektionen behandelt und sah Heilung eintreten. K. hatte einen günstigen Eindruck von der Methode, von der man jedoch nicht zuviel verlangen dürfe. Das Antitoxin sei vielleicht imstande, das Toxin in den Nervenstämmen zu zerstören.

Küster (Marburg) hält die Prognose bei den von Braun erwähnten Fällen für ungünstig. Er habe auch besonders die Fälle gemeint, wo der Tetanus noch lokal beschränkt sei, und rät, so früh wie möglich mit den Injektionen zu beginnen.

König sen. (Jena) hat auch ohne Antitoxinbehandlung manchen Tetanus ausheilen sehen. Besonders kommen auch sonst vorübergehende Besserungen vor, die zuweilen in Heilung ausgehen.

Jaffé (Hamburg).

---

10) **C. Lauenstein** (Hamburg). Wie läßt sich das Anhaften der Verbandgaze an die Granulationen der Höhlenwunden nach Möglichkeit verhindern?

Der Lister'sche Grundsatz des »to be let alone« bringt den Chirurgen in die Lage, in Höhlenwunden die tamponierende Gaze längere Zeit liegen zu lassen. Die mißliche Folge davon ist ein Hineinwachsen und ein Anhaften der Verbandstoffe an die Granulationen. Die Frage, wie dies zu verhindern ist, läßt sich durch die A- und Antisepsis nicht lösen; denn je exakter diese durchgeführt werden, desto inniger verbinden sich die Verbandstoffe mit der Wunde. Erfahrungen mit den sogenannten unorganischen Verbandstoffen, Sand, Asche, Glaswolle, später Jodoform, haben dies zur Genüge erwiesen. Auch ob die Verbandstoffe feucht oder trocken sind, hat keine Bedeutung für die vorliegende Frage. Denn die trocken verwendeten Verbandstoffe werden in ganz kurzer Zeit durch das Wundsekret in feuchte verwandelt. Für weniger absondernde oberflächliche Wunden und Granulationsflächen schalten wir mit Nutzen gegen das Anhaften der Verbandstoffe besondere dünne Lagen von Stoffen ein, wie Protective Silk, Credé'schen Silberverbandstoff, Salbenmulle usw. Diese den Tampon von der Granulationsfläche trennenden Schichten sind aber bei Höhlenwunden nicht zweckmäßig. Nach vielfältigen Versuchen hat sich uns das Tränken der Gazestoffe mit Paraffinum liquidum sterilisatum am besten bewährt, und wir haben davon bei einem jetzt $1^1/_2$jährigen Gebrauche keinerlei Schädlichkeiten für die Wunde noch für das Allgemeinbefinden der Kranken und Verletzten beob-

achtet. Über diese in die Wunde gelegte, mit Paraffinum liquidum getränkte Gaze kommt der gewöhnliche sterile, aseptische Okklusivverband. Sekretretention haben wir bei Anwendung dieser Tränkung der Verbandstoffe mit Paraffinum liquidum ebenfalls nie beobachtet, und es scheint, als ob die Kapillarität der Verbandstoffe durch diese Durchtränkung in keiner Weise herabgesetzt würde.

Zweckmäßig ist es, die Gaze eine Zeitlang vor dem Gebrauche zu durchtränken, damit das Paraffinum liquidum alle Fasern imprägniert. Das Paraffinum liquidum wird einfach durch Erhitzen im Wasserbade sterilisiert. (Selbstbericht.)

---

11) **C. Lauenstein** (Hamburg). Zur praktischen Anwendung der Esmarch'schen Konstriktion.

Die Lähmungen, die früher zuweilen bei zu langem Liegen der elastischen Binde auftraten, hat L. seit Jahren dadurch vermieden, daß er unter die elastische Binde in der Richtung und dem Verlaufe der Arterie eine aufgerollte Binde legt und so eine unnötige Zusammenschnürung der übrigen Weichteile der Glieder und insbesondere der Nerven vermeidet. Demonstration. (Selbstbericht.)

Kopf und Gesicht.

12) **A. Stieda** (Halle a. S.). Beitrag zur Frage des Verschlusses traumatischer Schädeldefekte.

In der Frage der Behandlung traumatischer Schädeldefekte ist bisher noch keine vollständige Einigung zustande gekommen. Die Frage: »Sollen Schädeldefekte offen bleiben?« wurde wieder aktuell durch Kocher's warnende Äußerung: »Nicht die Eröffnung des Schädels bei Kopfverletzungen bringt den größten Schaden, sondern der Verschluß desselben«. (Chirurgenkongreß 1899.)

Vortr. bespricht die Art der Behandlung bei komplizierten Schädelfrakturen und traumatischen Schädeldefekten in der chirurgischen Klinik in Halle, an der Geh.-Rat v. Bramann das Prinzip verfolgt, einen möglichst raschen und vollständigen, knöchernen Verschluß bei Schädeldefekten zu erzielen, da in einem größeren Schädeldefekt in jeder Hinsicht ein Locus minoris resistentiae zu erblicken ist. Vortr. berichtet über die in der Klinik beobachteten bezw. behandelten Schädelverletzungen aus einem Zeitraume von 7 Jahren (1. April 1897 bis 1. April 1904). Von 48 Fällen (nicht eingerechnet: Fissuren und Schußverletzungen des Schädels, sowie Schädelbasisbrüche) gelangten 31 zur genauen Nachuntersuchung; 5 waren kurz nach eingetretener Verletzung, einer nach 3 Wochen an Typhus gestorben; 9 konnten nicht ermittelt werden. Von diesen 33 Fällen war 15mal die sofortige Reimplantation

der beim Débridement entnommenen Knochenstückchen oder die Einpflanzung von Lamina externa-Stückchen aus der Umgebung (schon 1898 angewandt), 9mal die sekundäre (intermediäre) Implantation von ausgekochten Knochenstückchen (nach 8—10 Tagen bei gut granulierender Wunde), 8mal nach vollständiger Vernarbung eine osteoplastischen Operation an den Defekten in der Klinik vorgenommen worden. 2 Fälle waren auswärts operiert.

Bei den osteoplastischen Operationen waren angewandte Methoden: Müller-König'scher Haut-Periost-Knochenlappen; Periost-Knochenlappen, verschoben oder umgeklappt (schon 1895 von v. Bramann angewandt); Plastik aus der Tibia.

Die primäre Reimplantation und osteoplastischen Nachoperationen glückten durchweg. Bei den sekundären (intermediären) Implantationen (auf die Granulationsflächen) trat 4mal Resorption resp. Sequestrierung der ausgekochten Knochenstückchen ein. Es resultierten dabei bleibende Defekte.

Die bis auf einige Ausnahmen persönlich vorgenommene Nachuntersuchung ergab:

I. Von 5 offenen pulsierenden Schädeldefekten haben alle bis auf einen (kleiner Defekt im linken Stirnbein) erhebliche Beschwerden. Diese bestehen in Kopfschmerzen, Flimmern vor den Augen, Brausen und Pochen im Kopfe, namentlich bei rascheren Bewegungen, Schwindelanfällen, bis zum Umfallen.

II. Die 15 Fälle primärer Implantation liefern ein äußerst günstiges Resultat: 10 sind völlig beschwerdefrei, 3 klagen nur über zeitweise eintretende Kopfschmerzen, 1 (nur briefliche Mitteilung!) will an Schwindelanfällen leiden; 1 Fall betrifft einen Paralytiker.

III. Von den 5 Verletzten, bei denen die sekundär (nach 8 bis 10 Tagen) implantierten, ausgekochten Knochenstückchen einheilten, haben 4 Beschwerden, die in Kopfschmerzen, namentlich bei großer Hitze, und zeitweise auftretenden Schwindelanfällen bestehen; 1 ist beschwerdefrei.

IV. Bei 8 durch osteoplastische Nachoperationen geheilten Schädeldefekten wurde bei 6 nach Müller-König, bei einem sehr großen Defekt teils nach dieser Methode, teils mit Umklappen eines Periost-Knochenlappens, bei einem nach Seydel (Stück aus der Tibiacorticalis) verfahren. Letzterer (briefliche Mitteilung!) hat geringe Beschwerden. Von den anderen 7 leidet einer an epileptischen Krämpfen (der einzige von allen 30 operierten Fällen!). Bei diesem handelte es sich um ausgedehnte Zerschmetterung des rechten Stirn-, Schläfen- und Scheitelbeines mit subduralem Hämatom und Zertrümmerung des unterliegenden Gehirnes, von dem Teile entfernt werden mußten. Sofort nach der Verletzung bestand linksseitige Lähmung. Es vergingen 4 Monate bis zur Vernarbung. Dann Osteoplastik. $^1/_4$ Jahr danach Auftreten von epileptischen Krämpfen, deren Ursache in der Veränderung des Gehirnes selbst gesehen werden mußte.

Lähmung des linken Armes bleibt bestehen. Keine weitere Nachoperation.

Die anderen 5 sind völlig beschwerdefrei. Bei zweien von diesen wurde die osteoplastische Operation wegen bestehender Epilepsie vorgenommen und dadurch Heilung erzielt. ($4^1/_4$ und $1^1/_2$ Jahre Beobachtungsdauer), bei den anderen dreien, um sie vor schädlichen Folgen zu bewahren: einer von diesen genügte $1^1/_2$ Jahre danach seiner 3jährigen Militärpflicht.

Auf Grund dieser an der Hallenser Klinik gemachten Erfahrungen empfiehlt Vortr. dringend den möglichst frühzeitigen knöchernen Verschluß eines traumatischen Defektes, und zwar als geeignetste Methoden: 1) bei vollständig aseptischen oder aseptisch zu gestaltenden Wundverhältnissen die primäre Implantation mit Verschluß der Hautwunde oder 2) nach eingetretener Heilung der Wunde: Exzision der Narbe und osteoplastische Operation nach Müller-König mit Haut-Periost-Knochenlappen oder Periost-Knochenlappenbildung, ehe sich etwa eine »epileptische oder spasmophile Veränderung des Gehirns« (im Sinne Féré's, Jolly's und Unverricht's) ausgebildet hat. (Selbstbericht.)

---

13) **Kümmell** (Hamburg). Die operative Behandlung der eitrigen Meningitis.

Die diffuse eitrige Meningitis ist bisher nur in wenigen Fällen Gegenstand operativen Eingreifens gewesen, und die operierten Fälle sind nur ausnahmsweise zur Heilung gelangt. Die Möglichkeit der Heilung ist in letzter Zeit mehrfach betont und einem aktiven Vorgehen mehr das Wort geredet. Die zirkumskripte Form der eitrigen Meningitis, wie sie sich an otitische Eiterungen oft anschließt, ist mehrfach mit gutem Erfolg operiert, und in der Literatur ist eine größere Zahl geheilter Fälle mitgeteilt. Auch K. hat im Laufe der Jahre bei drei Fällen zirkumskripter eitriger Meningitis, welche sich an Ohreiterungen anschloß, durch breite Trepanation Heilung erzielt, in anderen Fällen trat der Tod trotz Operation ein.

Auch bei tuberkulöser Meningitis hat K. mehrfach die Trepanation ausgeführt, ohne jedoch Heilung zu erzielen, wohl aber wurden die heftigen Kopfschmerzen und das Fieber günstig beeinflußt.

In dem operativ geheilten Falle handelte es sich um einen 33 Jahre alten Mann, welcher sich durch Fall von der elektrischen Bahn eine Schädelbasisfraktur zugezogen hatte. Es schloß sich eine eitrige Meningitis an, welche außer den klinischen Symptomen durch die Lumbalpunktion, bei welcher dicker Eiter unter hohem Druck entleert wurde, festgestellt wurde. Am 10. Tage nach der Verletzung wurde der schwer benommene, fast pulslose Mann operiert. Aus beiden Scheitelbeinen wurden 5markstückgroße Stücke trepaniert und Gazestreifen möglichst tief nach der Schädelbasis eingelegt. Von Tag zu Tag zunehmende Besserung. Die am 3. Tag ausgeführte Lumbalpunktion

entleerte noch leicht trübe Flüssigkeit, am 6. Tage war dieselbe vollkommen klar. Als Pat. nach ca. 10 Tagen zu sprechen begann, zeigte sich, daß er vollkommen aphasisch und agraphisch war. Auch diese Erscheinungen schwanden, und war Pat. nach 4 Wochen vollkommen gesund und arbeitsfähig.

In einem zweiten Falle von aufsteigender Meningitis, im Anschluß an einen operativen Eingriff am Wirbelkanal entstanden, besserten sich die Erscheinungen, Benommenheit und Schmerzen schwanden, jedoch ging Pat. nach einigen Tagen zugrunde. (Selbstbericht.)

---

14) **Friedrich** (Greifswald). Neue Erfahrungen über operative Beeinflußbarkeit des Epileptikergehirnes.

F. berichtet über Beobachtungen der operativen Beeinflußbarkeit des Epileptikergehirnes, welche er zusammen mit dem Direktor der psychiatrischen Klinik in Leipzig, Geh.-Rat Flechsig, seinerzeit gesammelt.

Bei der großen Bedeutung, welche die individuelle Disposition des Gehirnes für die epileptische Erkrankung hat, war es zunächst wenig wahrscheinlich, daß eine operative Beeinflussung genuiner Epilepsie durch Trepanation erzielt werden könne. Nach den Mitteilungen Kocher's aus dem Jahre 1893 und zum Chirurgenkongreß 1900 mußte jedoch mit der Möglichkeit einer Beeinflussung gerechnet werden.

Diejenigen Fälle, welche F. zum Gegenstande seiner Erörterungen macht, liegen seit der Operation 4—6 Jahre zurück, so daß über die Dauer der operativen Einwirkung mit einer gewissen Zuverlässigkeit ein Urteil gewonnen werden konnte.

Es handelt sich um elf Fälle von sog. genuiner Epilepsie, bei welchen der Krankheitsbeginn zu einem größten Teile bis 25 Jahre, jedenfalls nicht unter einer Reihe von Jahren zurücklag, und bei welchen das Krankheitsbild ein verhältnismäßig schweres, in mehreren Fällen ein sehr schweres war, insofern die Zahl, Dauer und Schwere der Anfälle, ja in mehreren Fällen die schon eingetretene postepileptische Idiotie einen Maßstab abgeben.

F. erörtert, in welch' verhältnismäßig großer Zahl von Fällen genuiner Epilepsie Traumen das Krankheitsbild einleiten oder die Erkrankung erst allmählich in die Erscheinung treten lassen. Er erörtert weiter, in wievielen Fällen bei sorgfältigster Absuchung des Schädels, nach Rasur der Haare, traumatische Residuen nachweisbar sind, wenn es auch natürlich für viele dieser Narben sehr zweifelhaft sein kann, ob sie in irgendwelcher Beziehung zur Auslösung der Epilepsie stehen. Unter Charakterisierung des Standpunktes der namhaftesten Autoren gegenüber dem Problem der Epilepsie in experimenteller und klinischer Hinsicht, betont F. die von den meisten doch adoptierte Auffassung, daß für jeden Anfall der primäre Reiz der Auslösung in die Gehirnrinde zu verlegen sei. Nur so wird es plausibel, daß

man bei operativer Inangriffnahme traumatischer Stellen des Schädels auch bei Fällen eine Beeinflussung des Gehirnes erzielen könne, welche als genuine Epilepsie bezeichnet würden. Er hebt weiter hervor, daß es eine anerkannte Tatsache sei, daß ursprünglich traumatisch-epileptiforme Zustände in denjenigen der sog. genuinen Epilepsie übergehen können, und daß dementsprechend ein großer Prozentsatz genuiner Epileptiker primär traumatogener Genese sei; natürlich immer unter Festhaltung der Tatsache, daß nur bei vorhandener Hirndisposition, wie sie namentlich durch neuropathische Belastung gegeben sei, es zur Entwicklung der Epilepsie komme. F. möchte daher auch Fälle sog. genuiner Epilepsie eingehendst auf ihre traumatische Vergangenheit studiert wissen, fordert eine sehr sorgfältige Prüfung der Symptomatik der Aura, des Verhaltens der Kranken in der anfallsfreien Zeit, der Prüfung subjektiver Sensationen u. a. m., um aus alledem einen Schluß zu gewinnen, von welcher Stelle der Hirnrinde in der ersten Anfallszeit der Erkrankung der Reiz ausgegangen sei, um sich jetzt auch an diese Stelle operativ zu wenden. Nichts liegt ihm ferner, als etwa mit dem Vorschlage hervorzutreten, die genuinen Epileptiker sind zu operieren; er glaubt nur seinen Erfahrungen entnehmen zu müssen, daß bei allseitiger, sehr sorgfältiger Beobachtung hier und da unter den genuinen Epileptikern ein Fall zu finden sei, dessen Anamnese und Symptomatik einen Hinweis oder eine Unterlage für operatives Vorgehen biete.

Was die Art des Vorgehens anlangt, so hat sich F. im wesentlichen an Kocher's Vorschlag einer größeren Trepanationslücke und Exzision der Dura mater gehalten; nie hat er Ventrikeldrainage ausgeführt, und meist hat er die Trepanation etwas größer ausgeführt als Kocher angegeben. Bei dem Zusammentreffen der Symptomatik mit einer traumatisch veränderten Stelle hat er dort trepaniert, sonst die Lücke im hinteren Bereiche des rechten Stirnhirnes angelegt.

F. hat aus seinen Beobachtungen am Menschen nicht den Eindruck gewonnen, als ob die Kocher'sche Theorie für alle Fälle zulässig sei. Sowohl hinsichtlich dieses Punktes, als seiner Angaben über die Symptomatik und die Indikationsstellung ist der Originalbericht der Kongreßverhandlungen einzusehen.

Unter den elf Fällen, die F. zum Gegenstande seiner Mitteilungen macht, ragen drei hervor, von denen einer seit der Operation, obgleich das epileptische Krankheitsbild ein außerordentlich schweres, mit Idiotie einhergehendes gewesen war, nie wieder Anfälle gehabt hat und psychisch in einer Weise gebessert worden ist, wie es alle Erwartungen übertraf. Bei ihm hatte die Epilepsie seit 13 Jahren bestanden. Ein zweiter ist so namhaft gebessert, daß er durch seine Erkrankung in einem aufreibenden Berufe nicht mehr gestört wird, ebenso ein dritter derart, daß er einem wissenschaftlichen Berufe mit Erfolg obliegen kann. Selbst drei der hoffnungslosesten genuinen Epileptiker mit psychischer Alteration, bezw. Idiotie, haben eine Beeinflussung gezeigt, so zwar, daß in zweien der Fälle der Charakter der Anfälle sich auf

Wochen oder Monate günstig verändert gezeigt hat, um dann dem alten Krankheitsbilde wieder vollständig gleich zu werden; der dritte dieser Fälle ist 1 Jahr lang anfallsfrei geblieben, hat dabei eine Veränderung der Psyche im ungünstigen Sinne gezeigt, aber den Gesamteindruck eines wesentlich veränderten epileptischen Gehirnes geboten. Bei den übrigen Fällen, bei denen in dreien eine hinreichende Kontrolle nicht durchführbar war, und die deshalb als mangelhaft beobachtet von F. gekennzeichnet sind, wenn sie auch während der Zeit der möglichen Beobachtung das Bild einer Besserung geboten haben[1], sind die beobachteten Veränderungen in der Originalmitteilung eingehend dargestellt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Kümmell (Hamburg) erwähnt, daß seine Dauerresultate nicht so günstig waren wie Friedrich's. Der anfängliche Erfolg war günstig; die Anfälle hörten meist bis zur Dauer eines Jahres auf. Einmal wurde derselbe Pat. zweimal operiert. Dauernd fortgeblieben sind die Anfälle nur bei einem 7jährigen Knaben. **Jaffé** (Hamburg).

---

15) **Friedrich** (Greifswald). Dauerheilung schwerer Psychose durch Tumorexstirpation im rechten Stirnhirne. Demonstration.

F. demonstriert den Kranken, bei welchem er vor $4^1/_2$ Jahren durch Tumorexstirpation im rechten Stirnhirn eine seit über 1 Jahr bestehende schwere Dementia paralytica-ähnliche Psychose unmittelbar zur Heilung zu bringen vermochte, und deren Träger bis zum heutigen Tage vollkommen gesund geblieben ist. Es ist derselbe Kranke, welcher von F. gelegentlich des vorjährigen Vortrages von Borchard erwähnt wurde, und dessen Krankengeschichtendetails gelegentlich der Naturforscherversammlung in Karlsbad, wobei der Kranke erstmalig demonstriert wurde, wiedergegeben und in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie von F. unter den »Mitteilungen zur Hirnpathologie, insbesondere zur Pathologie des Stirnhirnes« (Bd. LXVII) eingehend mitgeteilt worden sind. (Selbstbericht.)

---

16) **Borchardt** (Berlin). Cholesteatom der hinteren Schädelgrube.

46jähriger Mann, der vor einem Jahre durch einen Fall eine leichte Schädelverletzung, d. h. einfache Hautwunden und vielleicht

[1] Ganz besonders gegenüber den Referaten über unseren Chirurgenkongreß, wo zum Teil in entstellter Weise über das Vorgetragene berichtet zu werden pflegt, möchte F. nochmals betont haben, wie er es auch während seines Vortrages getan hat, daß ihm vielmehr an der theoretisch bedeutsamen Seite seiner Ausführungen gelegen war, daß nämlich doch das Gehirn dieser schwer kranken Epileptiker innerhalb gewisser Grenzen operativ beeinflußt werden kann, als an der praktischen; insbesondere möchte er vor der Inangriffnahme unzureichend ausgewählter Fälle zwecks »Heilung der Epilepsie« vielmehr aufs eindringlichste gewarnt haben.



eine leichte Hirnerschütterung davontrug. Trotz schneller Heilung blieben Kopfschmerzen bestehen, zu denen sich Brechneigung und Abnahme des Sehvermögens gesellten.

Bei genauer Untersuchung zeigte sich doppelseitige Stauungspapille, Ataxie mit der Neigung des Körpers, nach links zu fallen, Nystagmus in den Endstellungen und sehr starker Druckschmerz des linken Occipitale.

Operation: Freilegung der linken hinteren Schädelgrube; nach Entfernung des Knochens kommt man auf Cholesteatommassen. 90 g wurden entfernt; enorme Kompression der linken Groß- und Kleinhirnhemisphäre. Weichteillappen zurückgeklappt, Wunde fast völlig vernäht. Schneller Schwund der Kopfschmerzen und der Stauungspapille.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Benda (Berlin) hält die Diagnose der Cholesteatome für äußerst schwierig und daher die Aussichten auf erfolgreiche Operation für sehr gering. Er selbst sah unter 10000 Sektionen nur drei Fälle hiervon. Wichtig ist die Entfernung der Kapsel bei der Operation, da sonst Rezidive entstehen können. Die Cholesteatome proliferieren und wachsen, ohne eigentlich malign zu sein, ähnlich wie Karzinome.

Jaffé (Hamburg).

---

17) **Lexer** (Berlin). Vereinfachung der Resektion des dritten Trigeminusastes an der Schädelbasis.

Unter den vielen Abänderungen, welche das von Krönlein stammende Verfahren zur Aufsuchung des zweiten und dritten Trigeminusastes an der Schädelbasis erlitten hat, blickt großenteils das Streben nach Vereinfachung durch. L. hat sich mehrfach an der Leiche und zweimal am Lebenden davon überzeugt, daß man in der Vereinfachung der Operation noch einen Schritt weiter gehen kann, als es z. B. Kocher und Hildebrand tun, wenn man, ähnlich wie bei der von L. angegebenen Resektion des Ganglion Gasseri, das Jochbein und den Jochbogen subkutan durchtrennt.

Es genügt dazu ein horizontal am oberen Jochbogenrande durch die Haut und Temporalfascie verlaufender Schnitt, der im oberen vorderen Jochbeinwinkel beginnt und dicht vor der Art. temporalis endigt. Verzieht man den hinteren Mundwinkel etwas nach abwärts, so gelingt es leicht, den Ansatz des Jochbogens mit einer Drahtsäge schräg nach hinten und außen zu durchtrennen. Darauf wird der Meißel wie bei der Ganglionoperation dicht am Fuße des Processus frontalis des Jochbeines angesetzt und dieses unter Schonung der sämtlichen Weichteile — also vollkommen subkutan — schräg nach unten und vorn durchschlagen. Wird der nunmehr freiliegende M. temporalis an seinem hinteren Rande vom Knochen gelöst und mit einem stumpfen Haken gefaßt und kräftig nach vorn gezogen, so gelangt man an die Crista infratemporalis, an welcher das Periost durch-

schnitten wird. Setzt man dann in die querverlaufende Periostwunde einen 2 cm breiten Haken, löst das Periost und die Ansätze der Flügelmuskeln vom Knochen und zieht sie samt dem Jochbogen nach abwärts und etwas nach vorn, so liegt mit einem Schlage die Fossa infratemporalis und in ihrem hinteren Abschnitte das Foramen ovale samt dem dritten Aste zutage. Mit einem Häkchen wird der Nerv vorgezogen, mit der Zange gefaßt und ausgedreht. Auch der zweite Ast läßt sich unschwer erreichen und resezieren. Die Art. meningea kommt nicht zu Gesicht; denn bedeckt vom Processus condyloideus wird sie erst sichtbar, wenn man vom vorderen Wundwinkel nach hinten in die Tiefe blickt. Die Blutung stammt wesentlich aus einer Vene, welche, aus dem Foramen ovale kommend, sich mit dem Plexus pterygoideus vereinigt. Der letztere wird nicht verletzt. Die Tamponade der Wunde reicht nach wenigen Minuten zur Blutstillung hin. In beiden Fällen konnte die Hautwunde vollkommen geschlossen werden, da die Blutung gering war. Die Hautnaht genügt, um den nach oben zurückgeschobenen Jochbogen in seiner Lage zu erhalten.

Das Wesentlichste der ganzen Modifikation ist der einfache Schnitt und die subkutane Durchtrennung des Jochbogens; als Vorteile sind hervorzuheben: 1) die Operation läßt sich rasch vollenden, 2) eine Facialisverletzung ist, abgesehen von den Stirnästen, mit voller Sicherheit zu vermeiden, 3) eine Arterienunterbindung (Art. temporalis und meningea) fällt fort, 4) der Unterkiefer bleibt unberührt, 5) eine Knochennaht ist unnötig. (Demonstration am Präparate.) (Selbstbericht.)

Diskussion.

Krönlein (Zürich) hält das von Lexer geschilderte Verfahren für gut, wenn die Blutung nach der provisorischen Tamponade wirklich zum Stehen kommt. **Jaffé** (Hamburg).

---

18) **Axenfeld** (Freiburg). **Krönlein's Orbitalresektion zur Behandlung retrobulbärer Geschwülste und Entzündungen.**

Der Aufforderung des Vorsitzenden entsprechend, bespricht Vortr. die Indikationen und Erfolge der temporären Orbitalresektion vom Standpunkte des Ophthalmologen und nach eigenen Erfahrungen.

Obwohl die seitlich neben dem Bulbus fühlbaren Orbitaltumoren oft auch unmittelbar von vorn mit Erhaltung des Bulbus sich entfernen lassen, ist doch für die tief nach hinten reichenden die temporäre Orbitalresektion eine wesentliche Erleichterung, weil sie Raum schafft und Nebenverletzungen eher vermeidet. Außen gelegene Tumoren wird man direkt von der Resektionswunde aus entfernen. Vortr. demonstriert Bilder von Fällen, in welchen ihm die Resektion gute Dienste leistete.

Unentbehrlich aber ist sie für die eigentlich retrobulbär gelegenen Tumoren, weil man mit ihr sieht und diagnostiziert, bevor man exstirpiert. Das ist aber durchaus notwendig, weil nicht einmal die

eigentlichen Sehnerventumoren ein nur für sie charakteristisches Bild ergeben.

Vortr. erörtert an einem Falle von Pseudoleukämie und einem von retrobulbärem Echinokokkus die Möglichkeit von Verwechslungen und verwirft deshalb den von anderer Seite gemachten Vorschlag, bei »sicher diagnostizierten« Sehnerventumoren das alte Knapp'sche Verfahren in Anwendung zu ziehen, zumal das letztere bezüglich der Erhaltung des Augapfels nicht so oft gute Resultate ergibt, wie die Krönlein'sche Methode. Natürlich ist auch für die Krönlein'sche Methode nur dann ein Erfolg möglich, wenn es sich nicht um diffuse maligne Tumoren handelt.

Auch auf dem Gebiete der retrobulbären Entzündungen leistet die Orbitalresektion gute Dienste, nämlich für tiefliegende Erkrankungen, die sich nicht auf eine Nebenhöhle usw. zurückführen lassen. Vortr. hat zweimal eine von den tiefsten Siebbeinzellen in die Orbita durchgebrochene Eiterung mit voller Funktion des Auges zur Ausheilung gebracht; es wurde hier nach Verlängerung des Schnittes in der Augenbraue die Exstirpation des Siebbeines von innen her gleich angeschlossen.

Bei drei anderen Fällen fand sich retrobulbär noch kein Eiter, sondern nur Infiltration, die nach der Resektion zurückging. Bei solchen Fällen soll man nicht zu intensiv im Orbitalgewebe suchen, es kann dadurch die Ernährung des Sehnerven Schaden leiden.

Vortr. bespricht dann noch einige technische Besonderheiten und hebt unter Hinweis auf die Literatur zusammenfassend hervor, daß die Krönlein'sche Methode in einem bis dahin unbefriedigenden Gebiet einen bedeutsamen und sehr dankenswerten Fortschritt bedeute.

(Selbstbericht.)

---

19) **Helbron** (Berlin). Die Krönlein'sche Operation.

H. spricht über die Technik und die Erfolge der Operation.

Diskussion.

Krönlein (Zürich) erinnert daran, daß er vor 21 Jahren die erste Operation nach der von ihm genannten Methode gemacht habe. Erst die Ophthalmologen haben sie später wieder entdeckt und empfohlen.

Jaffé (Hamburg).

Franke (Braunschweig) schließt sich auf Grund eigener Erfahrungen dem günstigen Urteile der Vorredner über die Krönlein'sche Operation an, muß aber doch bemerken, daß sie für manche Fälle nicht ganz genügt, sobald es sich nämlich um in der Tiefe der Innenseite der Augenhöhle entwickelte Geschwülste handelt. Für diese Fälle empfiehlt F. die von ihm an der Leiche geprüfte, schon mehrfach angewandte und im LIX. Bande der deutschen Zeitschrift für Chirurgie beschriebene »neue Methode der osteoplastischen Freilegung der Orbita«, die nach bogenförmigem, in den Augenbrauen geführtem

und nach der Nase zu umbiegendem Schnitte bis auf den Knochen in der Herabklappung des mit dem Meißel abgetrennten oberen Augenhöhlenrandes besteht. Sie gewährt gute Übersicht, hinterläßt eine fast gar nicht sichtbare Narbe und keine Störungen außer vorübergehender Anästhesie der betreffenden Stirnhälfte. Wie es seither auch schon andere Operateure taten, wird sie primär oder im Anschluß an die Krönlein'sche Operation ausgeführt. Die Aufklappung nach oben ist weniger zu empfehlen. (Selbstbericht.)

---

20) **F. J. Rosenbach** (Göttingen). Über die malignen Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung.

So bekannt die Gefährlichkeit gewisser Gesichtsfurunkel ist, so wenig sind die Ursachen ihrer Malignität aufgeklärt. Auch über die Behandlungsweise ist man nicht einig. Durch neuere Beobachtungen, u. a. von Lenhartz und Lexer, ist festgestellt, daß die Krankheitserreger nur gewöhnliche Staphylokokken sind. Es beruht also die Malignität auf einer hohen Virulenz derselben, welche zweifellos erst in dem betreffenden Furunkel entsteht.

Mikroskopische Studien von malignen Furunkeln in den ersten Stadien ergaben besondere Befunde, aus denen sich die Entstehung der malignen Phlegmone und der Virulenzsteigerung erklären läßt. Diese Erklärung kommt darauf hinaus, daß das anatomische Verhältnis der Gesichtsmuskeln zur Haut und zum Unterhautzellgewebe dazu führen kann, daß die Aktion dieser Muskeln Infektionsmaterial aus dem Furunkel in die Gewebsmaschen der Nachbarschaft einpreßt und einpumpt. Schon von gutartig verlaufenen Lippenfurunkeln sieht man häufig nach oben oder außen harte Eiterstränge ausgehen. Diese entstehen durch Einschieben infektiösen Furunkelmateriales, durch Bewegungen vielleicht des M. quadratus, des Labium sup., des Caninus, Zygomaticus, Risorius usw. Leichter und energischer kann solches Material durch den Orbicularis oris eingepreßt werden. Durch die obenerwähnten mikroskopischen Befunde ließen sich die Effekte der Einpressung in die Gewebsmaschen in Form eigentümlicher, kokkenhaltiger Eitergänge nachweisen und ihre Entstehung vom ersten Beginn an verfolgen. Die Virulenzsteigerung erklärt sich durch das immer erneute Aufgehen der Kokken an neuen, bis dahin intakten Stellen des Gewebes, in welchem sie vorwärtsgepreßt werden. Was die Behandlung betrifft, so ist das Zuwarten zu verwerfen. Es sind vielmehr rücksichtslose, breit klaffende Inzisionen anzulegen (event. mit Flächenschnitten in der Tiefe), welche womöglich die Einpressungskanäle berücksichtigen. In die Schnitte werden schwach jodoformierte, mit 3%iger essigsaurer Tonerdelösung getränkte Gazestreifen gelegt. Untersuchungen über die Wirkungsweise der Inzisionen wurden bei gewöhnlichen Furunkeln in der Weise ausgeführt, daß nach der Inzision sofort die eine Hälfte und nach 24 Stunden die andere exstir-

piert wurde. Die Vergleichung der beiden Hälften durch ein besonderes mikrophotographisches Verfahren ergab, daß die Inzision nicht nur durch Entleerung von Eiter und infektiöser Gewebsflüssigkeit usw. wirkt, sondern daß durch die Inzision die bei frischen Furunkeln bestehende negative Chemotaxis der Leukocyten in positive umgewandelt wird, und daß bei älteren Furunkeln diese letztere durch die Inzision wesentlich vermehrt wird. (Selbstbericht.)

Wirbelsäule, Hals und Brust.

21) **Brodnitz** (Frankfurt a. M.). Intraduraler Tumor der Medulla spinalis cervicalis mit Erfolg exstirpiert.

B. stellt ein 22jähriges Mädchen vor, dem er einen $6^1/_2$ cm langen, $2^1/_4$ cm breiten, ca. 1 cm dicken, intradural gelegenen Tumor des Halsmarkes entfernt hat. Der Tumor erstreckte sich von der Mitte des 6. Halswirbels bis zum Atlas und hatte eine Lähmung beider Arme zur Folge. Um dem Tumor beikommen zu können, mußte der 3. bis 6. Halswirbelbogen entfernt werden. Trotzdem ist die Beweglichkeit der Halswirbelsäule vollkommen normal, die Lähmung beider Arme ist nach 4 Wochen schon völlig geschwunden gewesen.

B. empfiehlt für Rückenmarkstumoren das zweizeitige Operieren: erste Sitzung Skelettierung der Wirbel, zweite Sitzung Eröffnung des Wirbelkanales. Hierdurch kann Pat. sich von dem Chok, der durch den Blutverlust und die bei der Skelettierung unvermeidliche Medullazerrung hervorgerufen wird, erholen, und man operiert in der zweiten Sitzung fast unblutig und übersichtlich.

Ferner lenkt B. die Aufmerksamkeit auf das von ihm in zwei Fällen beobachtete Zusammentreffen von Temperatursteigerungen mit Abfluß von Zerebrospinalflüssigkeit. In beiden Fällen war eine Infektion ausgeschlossen. Vielleicht ist das korrespondierende Verhalten von Temperatursteigerung und Abfluß der Zerebrospinalflüssigkeit durch einen direkten Einfluß auf das Wärmezentrum zu erklären.

(Selbstbericht.)

---

22) **Gluck** (Berlin). Über plastischen und prothetischen Erfolg exstirpierter und ausgeschalteter Organe.

Vorstellung von Operierten mit plastischem und prothetischem Ersatz von Kehlkopf und Speiseröhre.

Diskussion.

Perthes (Leipzig) hat das von Gluck empfohlene Verfahren, den Ösophagus mit der Gastrostomiefistel durch ein Gummirohr zu verbinden, vor einem halben Jahr an einem Fall angewendet. Pat. ist jedoch gestorben.

Gluck (Berlin) hat schon im Jahre 1897 einen ähnlichen Fall demonstriert.

Jaffé (Hamburg).

---

23) **Helferich** (Kiel). Über Pharynxplastik mit Krankenvorstellung.

H. macht über den nunmehr geheilten Pat. folgende Angaben: Es handelte sich um ein Karzinom, welches hauptsächlich den Kehlkopfeingang und die anliegende Partie des Pharynx betraf; auch fand sich an der rechten Halsseite eine pflaumengroße karzinomatöse Drüsenschwellung neben dem Kehlkopf. Zunächst wurde die präliminare Gastrostomie ausgeführt. Nicht ganz 3 Wochen später wurde die Exstirpation des Larynx und Pharynx so vorgenommen, daß die quer durchschnittenen Enden der Trachea und des Ösophagus an den Wundrändern fixiert und an der rechten Halsseite die Drüsenschwellung gründlich entfernt wurde; die Wundhöhle im Bereiche des Schlundkopfes wurde durch quere Vernähung abgeschlossen. Nachdem die Wunde geheilt und Pat. sich sehr gekräftigt hatte (Ernährung hauptsächlich durch die Magenfistel), wurde die plastische Vereinigung der Mundhöhle mit dem oberen Ende des Ösophagus in der Weise vorgenommen, daß zunächst der Pharynx im Bereiche des oberen Teiles der Narbe wieder breit geöffnet und der fehlende Teil zwischen Pharynx und Ösophagus durch einen zungenförmigen Hautlappen ersetzt wurde. Dieser Lappen wurde so gedreht, daß die Hautseite nach innen zu liegen kam. Die Deckung desselben außen wurde durch seitliche Verschiebung der Haut erreicht. Die Funktion dieses nur aus einem Hautlappen bestehenden Teiles der Speiseröhre hat sich als vollkommen ausreichend erwiesen; Pat. vermag ohne Beschwerde zu essen und zu trinken. Nach kleinen Nachoperationen an dem Stiel des Lappens wird nunmehr von Zeit zu Zeit ein Bougie eingeführt, um die genügende Weite des plastisch ersetzten Speiseröhrenteiles zu erhalten. Die Magenfistel, welche bisher für die Ernährung des Pat. sehr wertvoll war und in der Zeit der verschiedenen operativen Eingriffe am Halse ausschließlich benutzt wurde, kann nun nach Entfernung des eingelegten Drainrohres sich selbst überlassen werden und vernarben. Die Halswunde ist vollständig ausgeheilt. Es findet sich an derselben lediglich die Trachealöffnung. (In dem Bericht über den Chirurgenkongreß in der Münchener med. Wochenschrift Nr. 20 p. 975 ist irrtümlich bemerkt, daß noch ein kleines Loch vorhanden wäre, welches noch geschlossen werden müsse.)

Unter Berücksichtigung dieser und ähnlicher Erfahrungen ergibt sich, daß unter Anwendung der bei Karzinomoperationen überhaupt jetzt üblichen Technik auch Larynx- und Pharynxkarzinome mit besserem Erfolg operiert werden können. Die Exstirpation muß, wie sonst, weit im Gesunden und ohne Rücksicht auf die nachfolgende Plastik geschehen. Eine sekundäre Plastik kann Jahr und Tag nach der Exstirpation vorgenommen werden, wenn das Auftreten von

Karzinomrezidiven wenigstens unwahrscheinlich geworden ist. Ein Ersatz völlig verlorener Stücke des Pharynx resp. Ösophagus durch entsprechenden Hautlappen ist auch in funktioneller Hinsicht von bester Wirkung. Die präliminare Gastrostomie, welche H. schon vor mehreren Jahren (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV p. 410) empfohlen hat, ist ein wesentliches Hilfsmittel für derartige eingreifende Operationen und sollte öfter verwendet werden, als es bisher zu geschehen scheint. (Selbstbericht.)

24) **Sauerbruch** (Breslau). Experimentelle Beiträge zur Ösophaguschirurgie mit Demonstrationen.

S. bespricht an der Hand von Tafeln und Operationspräparaten seine Versuche an Hunden, die Speiseröhre operativ in Angriff zu nehmen, insbesonders die Gastro-Ösophagotomie und die Resektion des unteren Abschnittes. Die Arbeit erschien in dem Juliheft der Bruns'schen Beiträge 1905. Siehe auch Zentralblatt für Chirurgie 1905. Nr. 4. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Bradts (Berlin): Bisher fehlte ein geeigneter Apparat, die Atmung künstlich zu unterhalten. B. hat einen solchen zusammengestellt, den er demonstriert.

Kuhn (Karlsruhe?) empfiehlt hierfür seinen Intubationsapparat der einfach einzulegen ist. Den Druck liefert ein Sauerstoffapparat ähnlich dem Dräger'schen.

Bockenheimer (Berlin) hat sich des Bradts'schen Apparates versuchsweise bedient, meint jedoch, daß die Ersetzung der natürlichen Atmung durch die zu automatische künstliche, wenn sie auch beim Tier wohl anwendbar sei, nicht ohne weiteres für den Menschen brauchbar sei. Vorteilhaft sei immerhin, daß Narkotiseur, Pat. und Operateur sämtlich in einem Raume sich befänden, und der Apparat leicht zu beschaffen sei.

Brauer (Marburg) bringt den von ihm empfohlenen Apparat in Erinnerung und hebt seine Billigkeit hervor. Gegenüber der Sauerbruch'schen Idee bedeute jede Form künstlicher Atmungsapparate einen Rückschritt.

Wullstein (Halle) meint, daß Sauerbruch das eingestülpte Stück Ösophagus vielleicht auch durch Abquetschung zur Mortifikation bringen könnte, und verweist bezüglich der von Sauerbruch angegebenen Methode auf seine eigenen im Zentralblatt bereits vorher veröffentlichten Vorschläge. **Christel** (Metz).

25) **Friedheim** (Hamburg-Eppendorf). Über Dauererfolge bei operativer Behandlung des Morbus Basedowii.

F. berichtet über 20 Fälle von Basedow'scher Krankheit, die von Kümmell durch Enukleation oder Resektion eines Teiles der Struma, unter teilweiser Unterbindung der zuführenden Gefäße, operativ behandelt worden sind. Es handelte sich bei allen Kranken um ausgesprochene, sichere Fälle von Basedow, gekennzeichnet durch die Trias des Exophthalmus, der Struma, der Herzpalpitationen, durch schweres Darniederliegen des Ernährungszustandes und durch die mannigfaltigen Störungen im Gebiete des Nervensystems, der Atmungsorgane und des Digestionsapparates.

Von den 20 Fällen, übrigens alle weiblichen Geschlechtes, sind 14 vollkommen geheilt; und zwar beträgt der Zeitraum, der zwischen Operation und letzter Untersuchung liegt, in 5 Fällen 10—15½ Jahre, in 7 Fällen 5—10 Jahre, in 2 Fällen 4 und 4½ Jahre.

Gebessert sind durch die Operation 5 Kranke, und zwar 2 davon — Operation vor 11 und 9½ Jahren — soweit, daß sie nie mehr ärztliche Hilfe gebraucht haben und ihren Beruf stets in vollem Umfange haben ausüben können.

In 3 Fällen ist zwar auch eine Besserung vorhanden, indem die schwersten, vor der Operation unerträglichen Erscheinungen nicht wiedergekehrt sind; jedoch bestehen noch ausgeprägte Basedowsymptome, so daß diesen Pat. zu einer nochmaligen Operation geraten wurde.

Ein Todesfall infolge der Operation war zu beklagen. Nach einer erstmaligen Operation war ein Rezidiv aufgetreten. Bei der zweiten Operation wurde nur der Isthmus stehen gelassen. Pat. ging nach 10 Tagen unter tetanischen Zuständen zugrunde.

Die operativen Heilerfolge bestätigen die Richtigkeit der Möbiusschen Theorie, daß die Basedow'sche Krankheit auf einer krankhaften Hyperaktivität der Schilddrüse beruhe, daß also die Tätigkeit der Schilddrüse das Krankheitsbild hervorrufe. Der schwierigste und wichtigste Punkt bei der Operation ist die Entfernung der richtigen Menge kranker Schilddrüse. Bei zu radikaler Entfernung drohen die bekannten Ausfallserscheinungen, bei zu geringer Entfernung wird die Krankheit nicht gehoben.

In allen unseren Fällen, in denen nur eine Besserung erzielt war, war auch noch Struma zu konstatieren, während dies in keinem Falle von Dauerheilung der Fall war. So können wir hoffen, daß, wenn die drei Pat., bei denen noch kein befriedigendes Resultat erzielt wurde, sich einer neuen Operation unterziehen würden, wir auch bei ihnen eine Heilung erreichen.

Im Jahre 1900 hatte Rehn bei schweren operativ behandelten Basedowfällen eine Heilung von 30%, eine Mortalität von 22,1% festgestellt; wir dagegen haben das Resultat: 70% Heilungen, 5%

Mortalität, und finden ein annähernd gleich gutes Resultat in den Operationsreihen aus größeren Kliniken der letzten Jahre.

Bedenken wir dagegen, daß nach Statistiken bei nur innerlicher Behandlung von Dauerheilungen fast nie die Rede ist, die Mortalität des Leidens aber auf etwa 12% berechnet wird, so dürfte doch wohl die Berechtigung zum operativen Eingriffe, zum mindesten in solchen Fällen, die der innerlichen Behandlung trotzen, keinem Zweifel unterliegen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Kocher (Bern) bestätigt die Ausführungen des Vortr. Das chirurgische Vorgehen ist der beste Beweis für die Schilddrüsentheorien, vor allem wiederholte Operationen nach Rezidiv. Wirkliche Heilungen sind nur durch Operation, nicht in gleichem Maße durch innere Mittel zu erzielen. Die besten Resultate ergibt die Frühoperation, und die Todesfälle kommen auf Rechnung verspäteter Operation. Genaue Untersuchung des Blutdruckes müsse vorausgehen; also nicht veraltete, sondern frische Fälle unterziehe man der Thyreoidektomie. **Christel** (Metz).

---

26) **v. Bruns** (Tübingen). Die Untersuchung der Trachea im Röntgenbilde besonders bei Struma. (Vorgetragen von Dr. Blauel.)

Der neuestens empfohlenen Tracheoskopie bei Strumen ist ein anderes Verfahren weit überlegen, das auffallenderweise bisher nicht geübt worden ist, die Untersuchung der Trachea im Röntgenbilde. Bei den in der Tübinger Klinik bisher in 100 Fällen gemachten Beobachtungen ist festgestellt worden, daß man im Röntgenbilde die Trachea in ihrer ganzen Länge erkennen kann, selbst bei den größten Kropfgeschwülsten, welche die Luftröhre umschließen. Man sieht auch die Lage- und Formveränderungen, welche die Trachea durch den Kropfdruck erleidet, also die Verlagerung, Verbiegung und Verengerung, man sieht genau, an welcher Stelle, in welcher Ausdehnung und nach welcher Seite die Trachea verlagert ist, ob sie von einer oder beiden Seiten zusammengedrückt ist, wie lang und wie eng die gedrückte Strecke ist. Das ist ja praktisch ungemein wichtig, weil man hieraus unmittelbar entnehmen kann, welcher Teil der Struma am meisten stenosiert und daher entfernt werden muß.

Die umstehenden Figuren 1—6 geben einige der etwas schematisierten Abbildungen wieder, die auf Wandtafeln beim Vortrage demonstriert wurden[1]. Fig. 1 zeigt eine normale Luftröhre als einen ziemlich scharf begrenzten hellen Streifen, der nach abwärts in dem sog. Mittelschatten, gedeckt durch Sternum und Aorta, endigt. Fig. 2

[1] Die Originalaufnahmen in photographischer Reproduktion sind der Arbeit von Dr. C. Pfeiffer, die Darstellung der Trachea im Röntgenbilde, besonders bei Struma (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 716), beigegeben.



weist eine säbelscheidenförmige Verengerung des Mittelstückes der Luftröhre durch eine doppelseitige Struma auf. Fig. 3 betrifft eine

Fig. 1.

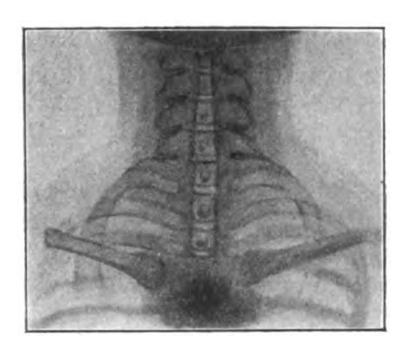


Fig. 2.

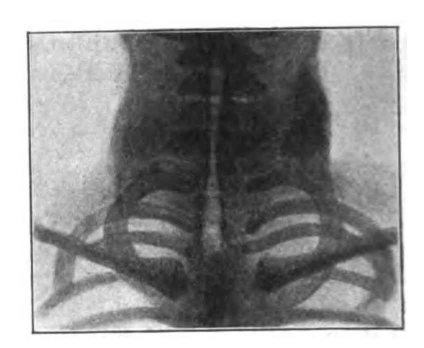


Fig. 3.

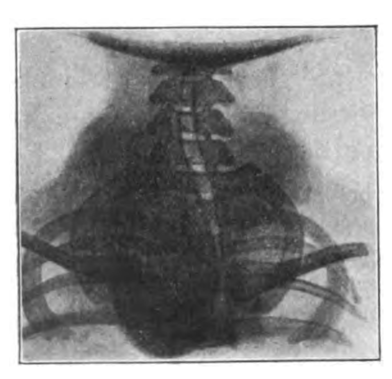


Fig. 4.

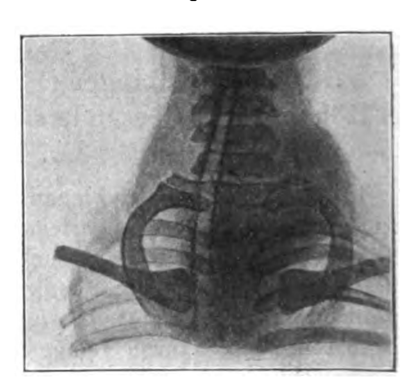


Fig. 5.

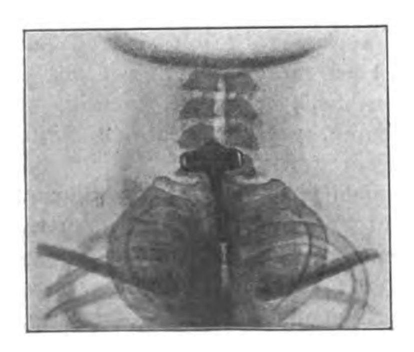
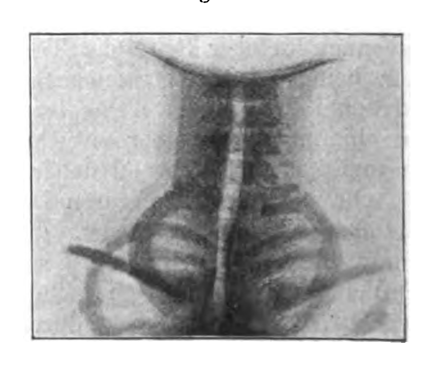


Fig. 6.



Verbiegung der Trachea durch rechtsseitige große substernale Strumacyste; Fig. 4 gibt den Befund nach der Entfernung der Cyste.

Fig. 5 und 6 betrifft einen Fall von Kompression der Trachea durch eine rechtsseitige intrathorakale Struma, in welchem einige Tage zuvor auswärts in einem Erstickungsanfalle tracheotomiert worden war, ohne daß durch die eingeführte Kanüle die Atemnot beseitigt worden war; Fig. 5 zeigt die Trachea noch eine kurze Strecke unterhalb der Kanüle verengert. Nach der Exstirpation der Struma und gleichzeitigen Vernähung der Trachealöffnung ist der Befund in Fig. 6. wiedergeben.

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß das Röntgenbild im Vergleich zur Tracheoskopie den großen Vorteil bietet, daß man die ganze Trachea mit einem Blick übersieht, und daß das Verfahren für Arzt und Pat. ungleich einfacher und angenehmer ist. Der große Nutzen, den wir schon bisher aus den Röntgenbildern bei Struma gezogen haben, liefert den Beweis, daß sie eine wertvolle Bereicherung unserer Diagnostik darstellen. (Selbstbericht.)

---

27) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). Die Tracheo-Bronchoskopie in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht.

Redner betont in erster Linie die hohe klinische Bedeutung der oberen direkten Tracheoskopie.

Diese Methode besitzt eine allgemeine Anwendungsfähigkeit, gibt daher auch über die Fälle klare Aufschlüsse, denen der Kehlkopfspiegel nicht gewachsen ist, und ist vor allem in Narkose anwendbar. Die so erzielten diagnostischen und therapeutischen Fortschritte sind auf dem Gebiete der intratrachealen Erkrankungen ganz enorme. Am meisten aber tritt die praktische Bedeutung der Methode bei den Difformitäten der Trachea verschiedenster Provenienz und insbesondere der Struma hervor. Bei letzterer ist sie geradezu ein unentbehrliches klinisches Hilfsmittel geworden.

Am meisten ist bisher die direkte Art der Untersuchung bei den Fremdkörpern der Luftröhre und der Bronchien zur Geltung gelangt. Außer der oberen kommt hier auch die untere direkte Tracheoskopie und ebenso Bronchoskopie zur Anwendung. Das Gesamtmaterial an eigenen (19) und fremden Fällen ist bereits auf 87 gestiegen. Die statistische Verarbeitung desselben ergibt, daß mit den neuen Methoden die Fremdkörper in der Regel gefunden werden, und daß auf diesem Wege vorgenommene Extraktionsversuche in $^9/_{10}$ der Fälle von Erfolg gekrönt sind.

Die Abwägung der oberen gegen die untere Methode fällt zugunsten der ersteren aus. Nur im Notfalle soll tracheotomiert werden. Eine Ausnahme machen sehr große oder komplizierte oder gequollene oder hinter Stenosen steckende Fremdkörper. Hier ist vorläufig die Tracheotomie indiziert.

Die praktischen Schwierigkeiten der direkten oberen Tracheo-Bronchoskopie werden überschätzt. Zur Erleichterung der Einführung des Rohres in Narkose am hängenden Kopfe gibt K. einen verbesserten

Modus an, wobei ein neuer, der Länge nach zerlegbarer Röhrenspatel zur Verwendung gelangt.

Eingehend wird die Frage erörtert, inwieweit die Bronchoskopie der Lungenchirurgie Vorschub leisten kann. Die Frühdiagnose von Herderkrankungen kann gefördert werden, wenn die Herde ihre Zerfallsprodukte u. dgl. in den Bronchialbaum entleeren, also »offene« sind. Die bronchoskopische Feststellung des Bronchialastes, aus dem diese Dinge kommen, führt dann ohne weiteres zur genauen Lokalisation des Herdes.

Einen zweiten, ganz neuen Weg gibt K. durch seine »bronchoskopische Exploration peripherer Lungengebiete«. Diese Methode beruht darauf, daß man mit Sonden, Röhrchen u. dgl. durch das bronchoskopische Rohr ohne jegliche Gefahr auf den Wegen der kleinen Bronchien in die peripheren, der direkten Betrachtung nicht zugänglichen Lungenpartien bis in die Nähe der Lungenoberfläche vordringen kann. Die Sondierung peripher steckender Fremdkörper, peripherer Höhlen, die Aspiration des Inhaltes derselben, Insufflationen, Röntgenaufnahmen bei liegender Sonde, das Einschneiden auf die Sonde bei der Pneumotomie, das pneumotomische Aufsuchen eines Herdes oder Fremdkörpers unter Leitung der Sonde, dies alles sind wichtige praktische Konsequenzen dieser neuen Erkenntnis.

Auch einer direkten Pleuro- und Pneumoskopie wird Erwähnung getan.

Die Lungenchirurgie hat von der Bronchoskopie große Fortschritte zu erwarten.

(Der Vortrag war unterstützt durch zahlreiche Tafeln und Röntgenbilder. Eine Serie von extrahierten Fremdkörpern wurde vorgewiesen. Auch fanden mehrfache Demonstrationen der Tracheo-Bronchoskopie statt.) (Selbstbericht.)

Diskussion.

Kuhn (Kassel): Mit der Bronchoskopie sowohl den Voraussetzungen nach als hinsichtlich der Technik verwandt ist die perorale Tubage. Es gelingt unschwer, die Luftwege mittels eines 8—10 mm dicken Drainagerohres aus Metallschlauch zu drainieren und durch dieses Rohr Luft oder andere Gase einzuführen.

Das Verfahren ist in Hunderten von Fällen praktisch erprobt und bereits Gemeingut vieler Ärzte und Kliniken. Seine praktische Bedeutung liegt in vier wesentlichen Punkten:

1) es erleichtert wesentlich die Arbeit bei allen Operationen in Mund oder Rachen, also bei Zungen- und Kieferoperationen, indem es horizontale Lage und tiefe Narkose erlaubt, Aspiration, Würgen und Asphyxien ausschließt;

2) es verbessert die Narkose, namentlich in Fällen von sog. »Preßnarkose«. Die Narkose darf vorher noch so widerwärtig und unruhig gewesen sein, nach Einführung des Tubus ist sie ruhig. Die Gründe liegen

a. im Wegfall all der Reflexe von den oberen Luftwege her,
b. in der unmittelbaren und schonenden Applikation des Narkotikums,
c. in der Garantie der Luftzufuhr,

3) es beseitigt zuverlässig jede Asphyxie, namentlich wenn Sauerstoff zur Hand,

4) es ermöglicht eine Überdrucknarkose ohne alle Kammern, indem die Mundhöhle abgedichtet wird.

Demonstration der Apparate und des Verfahrens.

(Selbstbericht.)

Kausch (Breslau) hält auch die Bronchoskopie nicht für so schwer als manche meinen. Aber für so indifferent, wie Killian, hält er sie nicht, so daß man sie z. B. bei jeder Struma anwenden könnte.

Hofmeister (Stuttgart) berichtet über einen Fall, wo ein Fremdkörper im rechten Bronchus durch Bronchoskopie festgestellt wurde. Die Extraktion gelang nicht wegen zu starker Blutung. Erst die Pneumotomie förderte den Körper zutage, dessen Sitz (12 cm von der äußeren Wunde entfernt) durch die Bronchoskopie festgestellt worden war. Pat. starb einen Monat später an Hirnabszeß.

Helferich (Kiel) hat zweimal bei Kindern, wo Fremdkörper jahrelang im Bronchus saßen, Erfolge mit der Bronchoskopie erzielt, einmal allerdings erst nach der Tracheotomie.

Sprengel (Braunschweig) berichtet auch über Fälle, wo das Verfahren sich gut bewährt hat.

Killian (Freiburg) bestätigt die Verbesserung der Narkose durch die perorale Tubage. Bohnen soll man stets nur durch Tracheotomie entfernen. Das jüngste Kind, bei dem er mit Erfolg bronchoskopiert hat, war 2 Jahre alt.

Jaffé (Hamburg).

---

28) **Garrè** (Königsberg). Über die Naht von Lungenwunden.

Die bisher übliche abwartende Behandlung der Lungenverletzungen hat höchstens 55—60% Heilerfolge zu verzeichnen; über 40% gehen zugrunde an innerer Verblutung oder durch Erkrankung infolge des Spannungspneumothorax, oder sekundär an der Infektion. Es mag dahingestellt bleiben, ob durch einen primären Eingriff die Eiterung der Lungenwunden und die Pleuritis sich einschränken lassen, jedenfalls haben wir in der Lungennaht ein souveränes Mittel, Blutung sowohl wie Luftaustritt aus dem Lungenparenchym sofort zu sistieren. Ein vom Vortr. kurz referierter Fall von Lungenruptur, bei dem nach der Thorakotomie eine 7 cm lange Naht am linken Oberlappen angelegt wurde, zeigte das zur Evidenz.

G. empfiehlt dringend die Thorakotomie und primäre Versorgung der Lungenwunde durch die Naht 1) bei den abundanten Hämor-

rhagien in den Pleuraraum, 2) bei den lange dauernden und sich wiederholenden Blutungen und 3) auch beim Spannungspneumothorax, der nicht mit der ersten Punktion beseitigt ist. Liegt die Wunde in der Nähe des Hilus, so kann sie nur tamponiert werden. Breite, zerfetzte und zerissene Wunden sind gegebenenfalls in die Thorakotomiewunde einzunähen (exteriorisieren). Zur Anlegung der Naht kann feine Seide Verwendung finden; die Naht darf nicht scharf angezogen werden; das Lungengewebe wird tief, doch nicht breit in die Naht gefaßt. Die Thorakotomie muß sehr groß angelegt werden, so daß man mit der ganzen Hand in den Brustraum eingehen und die Lunge in die Öffnung hineinziehen kann.

Die Zahl der Fälle, in denen nach diesem Prinzip gehandelt wurde, ist sehr klein: 9mal Naht, 3mal Tamponade, zusammen 9 Heilungen. Dieser Erfolg berechtigt und ermutigt bei den schweren Lungenverletzungen zu energischem, aber besonnenem operativen Vorgehen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Rehn (Frankfurt) fragt, ob Garrè die Pleurahöhle offen läßt und tamponiert?

Garrè tamponiert gewöhnlich primären Verschluß könne man nur bei subkutanen Rupturen wagen, während bei verdächtigen Fällen sofortige Drainage indiziert ist. **Christel** (Metz).

Rehn (Frankfurt): Ich möchte auf das lebhafteste den sofortigen Verschluß der Pleurahöhle empfehlen. Es ist erstaunlich, wie leicht der Verlauf wird, wenn man die Pleurahöhle schließt. Es ist ein unendlich besserer Verlauf nach der Operation. Ich habe mich in einigen Fällen davon überzeugt. Ich habe bei drei Fällen von Rippentumoren operiert, wo ich große Teile der Pleura costalis und einmal ein Stück Lunge wegnehmen mußte. Die Wunde wurde primär geschlossen, und die Pat. kamen über die sehr schweren Eingriffe ausgezeichnet hinweg.

Also selbst auf die Gefahr hin, daß man späterhin wieder aufmachen müsse, empfehle ich den Schluß der Pleurahöhle, um die Pat. über die gefährliche Zeit der mechanischen Zirkulationsstörungen usw. hinwegzubringen.

Ich muß im übrigen sagen, daß ich die Gefahr der weiten Eröffnung der Pleurahöhle, sei es bei schweren Lungenverletzungen, sei es bei der Ausrottung von Geschwülsten, nicht so hoch anschlage. Man muß nur die kollabierte Lunge, wie Müller geraten hat, kräftig nach außen ziehen lassen. Ich habe das schon vor Müller's Rat getan. Die Maßnahme liegt ja so nahe, daß ich glaube, es ist mancher andere Chirurg in gleicher Art zu ihrer Anwendung gekommen.

Ich wüßte auch nicht, wie man anders die Lunge nähen könnte. Als weitere wichtige Maßregel nach Versorgung der Lungenwunde muß eine sorgfältige Annähung der Lunge an den Pleuraschnitt resp.

in dem Pleuradefekt erfolgen, so daß die Lunge in Ausdehnung verharrt.

Dann soll die äußere Wunde vollständig und dicht geschlossen werden, d. h. ohne Drainage oder Tamponade der Pleurahöhle.

(Selbstbericht.)

König (Jena) meint, wenn man primär schließen könne, sei es am besten. Ihm ist bei einer Operation am Sternum passiert, daß beide Pleurahöhlen eröffnet wurden; sofort wurden die Wunden mit Tupfern geschlossen, dann genäht; es ist nicht so gefährlich im Brustraum zu arbeiten. Er war überrascht, was Tiere in dieser Beziehung aushielten, stundenlanges Arbeiten, Herausnehmen von Lungenstücken usw. Auch der Mensch vertrage sehr viel in dieser Hinsicht, und doch solle man nicht ohne Not in den Thorax eindringen; dabei sind viele Lungenverletzungen schnell tödlich, sei es, daß starke Blutung oder Verletzung eines größeren Bronchus den letalen Ausgang bedingen; denn hier dürfte auch die Naht keine Schließung herbeiführen. Er würde nur im äußersten Notfall eine subkutane Ruptur operieren.

Garrè (Schlußwort): Die Resorption des Blutes in der Pleurahöhle gehe wohl erstaunlich schnell vor sich; aber beim Menschen sei die Infektion derselben von der Lunge aus sehr gefährlich, und er meine, daß man selbst einen großen Bronchialast nach Anfrischung durch doppeltes Übernähen schließen kann. **Christel** (Metz).

---

29) **Ritter** (Greifswald). Die Ursache der Nekrosen beim Mammakarzinom.

Man nimmt im allgemeinen an, daß das Vorkommen der Nekrosen im Krebs sich leicht und einfach erklären läßt. Das ist aber nicht der Fall. Denn es ist nicht natürlich, sondern höchst wunderbar, daß eine Geschwulst immer weiter wächst, jedes normale Gewebe, selbst die festesten Teile unseres Organismus zu zerstören imstande ist und allgemeine Entkräftung des Körpers hervorruft, während sie im Innern selbst zerfällt. Niemals ist sonst ein Parasit, der nicht lebenskräftig ist, imstande, den Wirt, auf dem er lebt, zugrunde zu richten. Vortr. hat deshalb Untersuchungen über die Nekrosen zunächst beim Mammakarzinom, einem geschlossenen Karzinom, angestellt, über die er berichtet.

Er fand, daß die Nekrosen in jedem Karzinom der Mamma und der Lymphdrüsen auch in den jugendlichsten Stadien der Geschwulstknoten vorkommen, daß sie stets im Zentrum der Karzinomherde liegen, daß das Krebsgewebe ohne scharfe Grenze ganz allmählich in das nekrotische Zentrum übergeht. Der Übergang erfolgt stets unter Vermittlung einer Zwischenzone, in der die allerverschiedensten Stadien des Zell- und Kernzerfalls nachzuweisen sind.

Nie findet sich eine Reaktionsschicht, etwa eine kleinzellige Infiltration, zwischen Karzinomring und nekrotischem Zentrum.

Mit diesen Befunden stehen die bisher von den verschiedensten Seiten angeführten Gründe für die Nekrosen in schroffstem Widerspruch. R. geht auf die wichtigsten derselben ein und zeigt, wie wenig sie stichhaltig sind. Andererseits müßten, wenn diese Gründe richtig wären, ebensogut beim Wachstum normaler Gewebe, des Fötus und schließlich der Teratome, der sogenannten Embryome z. B. des Ovariums, Nekrosen auftreten. Dort kommen aber nie solche herdförmige Nekrosen vor, was R. noch besonders an zwei Fällen mit seltenen soliden Embryomen des Ovariums nachweisen konnte. Vor allem muß allen Gründen der eine gemeinsame Einwand entgegengehalten werden, daß ein vorübergehender Reiz, eine vorübergehende Schädigung niemals Ernährungsstörung macht, ohne daß nicht der Körper darauf reagiert. Einem Infarkt z. B. fehlt nie eine entzündliche Reaktionsschicht an der Peripherie. Wenn also eine solche Reaktionsschicht an der Grenze der Nekrosen beim Krebs stets fehlt, wenn ferner diese Nekrosen nicht resorbiert und kleiner werden, sondern sich nachweislich immer mehr vergrößern, so kann es sich schlechterdings nicht um eine akute, sondern nur um eine chronische Schädigung handeln, die dauernd wirkt.

Als solch einen dauernden schädigenden Reiz im Innern unseres Körpers kennen wir zurzeit aber nur einen, nämlich den parasitären.

Da das Karzinom eine chronische Krankheit ist, kann man es nur mit chronischen Infektionskrankheiten, z. B. Tuberkulose und Lues vergleichen. Hier zeigt sich nun, daß die Nekrosen beim Karzinom in allen wesentlichen pathologisch-anatomischen Punkten mit der Verkäsung bei der Tuberkulose und Lues übereinstimmen. Eine Analogie ist also berechtigt. Wer sie anerkennt, muß zu einer ganz anderen Anschauung des Karzinoms kommen, als wie sie zurzeit zu Recht besteht.

Bei der Tuberkulose ist das nekrotische Zentrum der Ort, wo das nekrotisierende Agens der Tuberkulose gewirkt hat, die Epithelioid- und Riesenzellen sind die Reaktion unseres Organismus gegen das nekrotisierende Gift. So mußte also auch der Karzinomring vom nekrotischen Zentrum getrennt werden, insofern auch die Karzinomzellen als Reaktion des Organismus aufzufassen sind.

Solche Auffassung erklärt weiter sehr einfach und zwanglos das unbegrenzte Wachstum der Krebse, das auch bei Annahme embryonaler Wucherungsfähigkeit nicht erklärt wird. Ein Embryom ist an sich eben keine unbegrenzt wachsende bösartige Geschwulst. Wir wissen aber, daß auf Schädigung im Körper stets Wucherung folgt; wenn also im Karzinom die Schädigung sich stetig vermehrt, so ist es nicht wunderbar, wenn auch die Reaktion darauf, die Wucherung, stetig zunimmt.

Ferner erklärt sich die Gefäßrichtung im Karzinom, die nicht, wie man erwarten sollte, von zentral nach peripher, sondern umgekehrt vom gesunden Gewebe her erfolgt, obwohl der Tumor aus sich heraus wächst. Das ist aber verständlich, wenn man im Karzinom-

ring die Reaktion sieht; denn es ist naturgemäß, wenn die Gefäßversorgung der Reaktion des Körpers folgt mit der Front nach dem geschädigten nekrotischen Zentrum hin. Und schließlich erklärt sie das Fehlen jeder chronischen Reaktion um die Karzinomherde herum, die wir erwarten müssen, wenn anders das Karzinom etwas Bösartiges ist. Sie fehlt meist vollständig.

Ist das Karzinom aber selbst die chronische Reaktionsschicht (die kleinzellige Infiltration die akute), so fehlt die Reaktion nie, ist vielmehr überall, wo immer Karzinom auftritt. (Selbstbericht.)

Bauchhöhle und Bauchorgane.

30) **Madelung** (Straßburg). Über postoperativen Vorfall von Baucheingeweiden.

Jeder, der sich mit Bauchchirurgie beschäftigt, muß wissen, daß unter Umständen die angelegten Bauchschnittwunden nicht in regelmäßiger Weise heilen, sich wieder öffnen, platzen können, daß es dann zum Vorfall von Baucheingeweiden kommen kann. Wer solche böse Überraschungen selbst noch nicht erlebt hat, dem kann von heute auf morgen Gelegenheit werden.

Eigene Erfahrungen haben M. veranlaßt, sich eingehender mit dieser Art von »Unfällen« zu beschäftigen, zu prüfen, wie sie zu vermeiden, wie sie, wenn eingetreten, zu behandeln seien.

Wichtig genug sind diese Fragen:

Der postoperative Vorfall bringt dem Operierten neue Lebensgefährdung, bedingt mindestens eine Verzögerung seiner Heilung. Für die Ärzte werden verlegene Situationen, oft große Sorgen bereitet. Sehr wohl kann das Vorkommnis, als die Folge eines »Kunstfehlers« gedeutet, den Arzt mit den Gerichten in Verwicklung bringen.

Einzelbeobachtungen von postoperativem Vorfall von Baucheingeweiden sind in der Literatur in reichlicher Fülle mitgeteilt worden. Aber meist wird in den betreffenden Publikationen nur das »Kuriose« des Falles besprochen, und oft genug werden die Ursachen, weil die Autoren eben nur ihr eigenes Erlebnis kennen, in irrtümlicher Weise gedeutet.

Etwas eingehendere Bearbeitung hat in Deutschland der Gegenstand nur in einer Publikation von Bruntzel aus dem Jahre 1880 gefunden. Die Lehrbücher, mit Ausnahme von Olshausen, erwähnen ihn kaum mit einem Wort. In Frankreich schrieben darüber Chavannaz-Bordeaux, Bauby-Toulouse und die Verfasser einer Anzahl von Thèses, in Dänemark Neermann, in Rußland Orlow. Allen diesen Untersuchungen lag nur eine verhältnismäßig sehr kleine Anzahl von Beobachtungen zugrunde.

M. hat aus der Literatur 144 Fälle gesammelt, ihnen aus der Praxis einiger befreundeter Kollegen und aus eigener Praxis 13 weitere

zufügen können. Die Bearbeitung dieser 157 Fälle hat ermöglicht, eine Reihe von Tatsachen festzustellen, deren Kenntnis für die Praxis von Nutzen sein kann, und die an sich interessant sind.

Von den Resultaten teilt M. vorläufig nur einiges mit, im besonderen das, was den bisherigen Anschauungen betreffend Verlauf, Ursachen und Behandlung des postoperativen Vorfalles widerspricht.

Wir sehen ihn eintreten nach Laparotomien, die bei Personen von jedem Alter und bei Personen beiderlei Geschlechtes, die zu den verschiedensten Zwecken unternommen worden sind. Wir sehen ihn einfachen Probelaparotomien folgen, durch die der Inhalt der Bauchhöhle um nichts verkleinert wurde, ebenso den Entfernungen von großen und größten Tumoren. Wir sehen ihn zu Zeiten sich ereignen, wo die Bauchchirurgie ihre ersten Anfänge nahm und ebenso — und zwar durchaus nicht selten — nach Operationen, die in allerjüngster Zeit Männer ausführten, welche nach ihren bekannt gewordenen Resultaten über alle Mittel moderner operativer Technik verfügten.

Nicht in gleicher Häufigkeit ist postoperativer Vorfall den verschiedenen Bauchoperationen gefolgt. Es überwiegen diejenigen, die durch Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsteile bedingt waren, überhaupt diejenigen, bei denen Inzision in der unteren Hälfte der Bauchwand erforderlich war.

Zweifellos begünstigt Lagerung des Bauchschnittes in die Medianlinie das Zustandekommen des Vorfalles. Aber auch nach Flankenschnitten sehen wir ihn eintreten, und Verlegung der Inzision nach außen von der Mittellinie, in den M. rectus oder neben denselben, schützte nicht davor. Auffallend ist, daß nach den in unseren Tagen so häufig gemachten Operationen an den Gallenwegen, wo doch so oft sehr große Bauchschnitte nötig werden, niemals, soviel M. bekannt geworden ist, Vorfall sich ereignete. M. selbst sah mehrmals — in der Literatur wird nur sehr wenig davon erzählt — nach Enterostomien Prolaps. Es sei gleich erwähnt, daß diese Fälle ganz besonders prognostisch ungünstig sind.

Bei mehrmaligem, an demselben Individuum an derselben Stelle ausgeführten Bauchschnitt — hierauf hat Spencer Wells schon 1863 aufmerksam gemacht — ist die Gefahr des Platzens der Wunde besonders groß. Der Wiederaufbruch einer Laparotomiewunde ist zu jeder Zeit von dem Momente der Vollendung der Operation zu gewärtigen. Denn auch nach anfänglich guter und vollständiger Wundheilung können Laparotomienarben platzen.

In der Anfangszeit sind der 8. und 9. Tag nach der Operation die »kritischen Tage«.

Interessant, bisher fast unbeachtet, ist das Platzen der nach Laparotomien gebildeten Narben. M. kennt aus der Literatur 18 Fälle, wobei selbstverständlich nur solche mitgerechnet sind, bei denen sicher keinerlei Art von Trauma mitwirkte. Solches Narbenplatzen ereignete sich schon 5 Monate, aber auch erst 12 Jahre nach der Laparotomie.

Nicht immer ist Bildung von Brüchen vorausgegangen. Solche Brüche überstiegen selten die Größe einer Faust, eines Apfels. Auffallend ist, daß in derartigen Fällen, auch wenn die Vorfälle gewaltige Größe erreichten, wenn wahre Eventrationen erfolgten, und zwar unter für die Behandlung ungünstigsten äußeren Verhältnissen, der Verlauf doch immer ein günstiger war. Sämtliche 18 Pat. dieser Art sind geheilt worden.

Die Dehiszenz der Bauchdecken ist nicht immer in der Nahtlinie, sondern auch in deren Nachbarschaft erfolgt, meist in ganzer Ausdehnung der Inzision.

Vorgefallen ist, mit Ausnahme von Milz und Pankreas, jede Art der im Bauche vorhandenen Eingeweide, sehr häufig in größter Ausdehnung. Vorfall von mehreren Metern Dünn- und Dickdarm ist nichts Ungewöhnliches.

Selbst wenn die Eingeweide lange Zeit außerhalb des Bauches — unerkannt — liegen blieben, hielten sie sich meist unverändert, unentzündet. Nur einmal wird von Inkarzerationserscheinungen, übrigens nicht schwerer Art, berichtet.

Sehr verbreitet ist die Ansicht, daß die Wahl des Nahtmaterials und überhaupt die Methode des Verschlusses der Bauchhöhle in dieser Hinsicht besonders wichtig sei.

Zweifellos hat einige Male die ausschließliche Benutzung von Catgut, von zu dünnem, mangelhaft präparierten Catgut Nachteile gebracht. Aber die Berücksichtigung eines großen Beobachtungsmaterials zeigt, daß Vorfall ganz ebenso bei Verwendung von unresorbierbarem Nahtmaterial aller Art erfolgte. Die Zahl der Fälle, wo durchgreifende Naht (Sutures en masse) und fortlaufende Naht benutzt wurde, ist viel kleiner, als die Zahl derer, wo Schichtnähte, ausschließlich Knopfnähte angelegt wurden. In den letzten 10 Jahren heben die Chirurgen, die diese üblen Überraschungen erlebten, meist hervor, daß sie »in ganz besonders sorgfältiger Weise« ihre Schichtnaht ausgeführt hätten.

Zu frühzeitigem Entfernen der Nähte ist mehrmals sehr bald Vorfall gefolgt; aber zahlreicher sind die Fälle, wo derselbe eintrat viele Tage nach der Entfernung oder während sämtliche Suturen noch unberührt lagen.

Es ist nicht aufrecht zu erhalten, daß teilweises Auflassen der Laparotomiewunde, Verwendung von Drains, von Tamponade Vorfallbildung besonders fördernd sei.

Besonderer Dicke des Fettpolsters der Bauchdecken, mehr noch besonders dünner Beschaffenheit der letzteren ist sicher einige Male wenigstens teilweise die Schuld an dem Zustandekommen des Vorfalles zuzumessen.

Nachblutung zwischen die Schichten der Bauchwunden, die gewiß sehr geeignet ist, die prima intentio zu stören, wird nur einmal erwähnt.

Sicher haben in früheren Zeiten lokale akzidentelle Wundkrankheiten aller Art, von geringfügiger oberflächlicher Eiterung bis zur

Nosokomialgangrän, Vorfall oft bedingt. Auch jetzt kann kein Chirurg seine Kranken vor Bildung eines Fadenabszesses sicher behüten; auch jetzt wird, wenn wir entzündliche Leiden der Bauchhöhle — Appendicitis, eitrige Peritonitis — operativ behandeln, die Entzündung auf die Laparotomiewunde übergreifen und die Heilung schädigen können. Aber in überwiegend häufiger Weise entstand Vorfall bei tadellos aseptischer Beschaffenheit derselben.

Nach Laparotomie wegen Bauchfelltuberkulose zerstört Tuberkulose bekanntlich oft Teile der Bauchnarbe. Fisteln bilden sich. Zum Vorfall kommt es nur ausnahmsweise.

Es ist selbstverständlich, daß rasche Zunahme des Bauchinhaltes — Ascites, Schwangerschaft, Meteorismus aus nicht entzündlicher Ursache — Vorfall befördernd wirkt.

Einer der Hauptfeinde der regelmäßigen Heilung von Bauchschnittwunden ist der Husten in andauernder Form, aber auch einzelne plötzliche Hustenstöße. In 51 Krankengeschichten wird im wesentlichen auf den Husten der postoperative Vorfall zurückgeführt.

Das Gleiche gilt vom Erbrechen, im ganzen 21mal.

Der Vollständigkeit wegen sei erwähnt, daß einmaliges Rülpsen, Nießen, Stuhlpressen, Wehentätigkeit, unruhiges Verhalten der Operierten, zu frühes Verlassen des Bettes, des Spitals Schaden brachten.

Einen nicht geringen Einfluß hat zweifellos Schwächung der Gesamtkonstitution, wie sie z. B. Blutungen bei Myomen, Fieber, Syphilis, Karzinom hervorgebracht.

Viel seltener, als M. selbst erwartet hatte, ist allgemeine Peritonitis, die vor der Operation bestand oder nach derselben eintrat, und ihr gewöhnlicher Folgezustand, der Meteorismus, in Beziehung zur Vorfallentstehung zu bringen. M. fand nur sechs solcher Fälle. Freilich ist es wahrscheinlich, daß solche Fälle weniger bekannt gemacht worden sind.

Alles in allem genommen sehen wir, daß eine Unzahl von ursächlichen Momenten vorhanden sind. Fast immer wirken ihrer mehrere zusammen. Manche Schädlichkeiten werden sich verhüten lassen, und solche müssen in Zukunft verhütet werden. Viele sind unvermeidlich. In der Mehrzahl der Fälle ist der postoperative Vorfall in Wirklichlichkeit ein »chirurgischer Berufsunfall«.

Wenn wir diesen nicht haben verhüten können, sollen wir suchen, möglichst gut ihn ärztlich behandelnd, schädlichen Folgen entgegen zu wirken. Um dies zu können, muß man ihn frühzeitig erkennen. In dieser Beziehung ist von Wichtigkeit, zu wissen, daß die Empfindungen der Laparotomierten im Momente des Platzens der Bauchwunde und des Eingeweidevorfalles meist außerordentlich geringfügig sind; fast kein Schmerz, manchmal das Gefühl, als öffne sich der Leib. Einige Kranke wurden aufmerksam, weil sie sich am Bauche naß fühlten oder gar erst, weil ihnen Därme bis auf die Oberschenkel fielen. Auch in den dem Vorfalle folgenden Stunden, ja Tagen kann jede Störung des Allgemeinbefindens fehlen.



So kommt es, daß so oft ärztliche Behandlung erst spät begann, als der Arzt durch Durchnässung des Verbandes, Vorwölbung oder gar weil Därme unter dem Verbande vorquollen, aufmerksam wurde.

Gewiß liegt dann nichts näher, als sofort den Vorfall zu reponieren und den Leib wieder zuzunähen. Chavannaz nennt solche Behandlung die »ideale«. M. ist, nach eigenen Erfahrungen und nach aufmerksamem Prüfen der Krankengeschichten, zur Überzeugung gelangt, daß auch hier mehrere Wege nach Rom führen, und daß abwartende Behandlung oft besser am Platz ist, als die radikale.

Ganz sicher sind manche Fälle ungünstig verlaufen, weil der Arzt in überstürzter Weise, ohne Hilfe handelte, noch mehr deshalb, weil der Arzt zu viel tat mit Anwendung antiseptischer Mittel, Narkose, Manipulationen.

Jedenfalls gibt es Fälle, wo sofortiges Reponieren unmöglich ist, sei es wegen des Allgemeinbefindens, sei es wegen örtlicher Verhältnisse (Verwachsungen). In solchen Fällen nun sahen M. u. a., zu ihrer Überraschung, Vorfälle größter Art zur Heilung kommen, indem sich, langsam freilich und allmählich, das Vorgefallene in den Leib zurückzog.

Selten hat sich bei Pat., die vorher von Peritonitis frei gewesen waren, solche nach dem Vorfall und allem, was zu seiner Behandlung geschah, eingestellt.

M. bespricht zum Schluß noch das Endschicksal der Menschen, bei denen es zum postoperativen Vorfalle kam.

Im allgemeinen kann M. der Ansicht der früheren Arbeiter auf diesem Gebiete zustimmen, daß viele Fälle gegen jedes Erwarten günstig verlaufen. Von 148 Menschen, deren Endschicksal ihm bekannt geworden ist, sind 102 als geheilt bezeichnet worden. Auch von üblen Spätfolgen, Darmunwegsamkeit durch innere Verwachsungen, Hernienbildung hört man fast nichts.

Bei den 43 gestorbenen Pat. ist in der beträchtlichen Zahl von 14 der Tod, soweit nach den Krankengeschichten zu urteilen, nicht mit dem postoperativen Vorfall im Zusammenhange, hat höchstens in einem gewissen Grade seinen Eintritt beschleunigt.

Es bleiben aber immerhin noch 29 Fälle, bei denen der Tod sicher die Folge des erlittenen Unfalles war.

Unter Abzug der Fälle von Narbenplatzen, die, wie erwähnt wurde, besondersartig und prognostisch besonders günstig sind, bleibt also eine Mortalität von ca. 22%, und diese ist gewiß groß genug, um es zu begründen, daß man sich mit den den postoperativen Vorfall betreffenden Fragen ernstlich beschäftigt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

König (Jena): Früher, bis Anfang der 80er Jahre, bestand eine Art Frühoperationssucht; man entfernte die Nähte zu früh und ließ zu früh aufstehen; da ereignete sich der Vorfall oft. Seither läßt K. die solid gefertigte, durchgreifende Naht ca. 4 Wochen liegen und

hat keinen Vorfall mehr erlebt. Eine große Menge der Vorfälle verdanke man der Catgutnaht.

Höftmann (Königsberg) glaubt das Platzen der Nähte verhüten zu können durch beiderseits aufgelegte breite Heftpflasterplatten, die miteinander verschnürt werden.

Braun (Göttingen) hält die Kachexie für ein häufiges ursächliches Moment des Nähteplatzens.

Sprengel (Braunschweig) macht aufmerksam auf eine Art von Prolaps zwischen Haut und Bauchmuskulatur, die sofort nach der Operation eintrete, aber erst nach Auftreten der Okklusionserscheinungen bemerkt werde.

Kausch (Breslau): Das einfachste Mittel zur Vermeidung des Platzens sei die versenkte Naht aus festem Materiale, Seide, Silkworm.

Küster (Marburg) hat seit 20 Jahren kein Platzen mehr erlebt: er näht mit Silberdraht 3—4 Nähte durchgreifend, das übrige in Etagen. Durchschneiden muß vermieden werden.

Madelung (Schlußwort) hat auch Fälle gesammelt von Operateuren, die genau so nähen wie Küster, König und Kausch; dadurch verliere die Sicherheit, in der sich manche wiegen! Er warne davor, um größere Schäden zu vermeiden. **Christel** (Metz).

---

31) **Kelling** (Dresden). Über Pneumonien nach Laparotomien.

Zu den prädisponierenden Faktoren gehören: Alter, Alkoholismus, karzinomatöse Kachexie, Herzschwäche, Emphysem, länger dauernde Rückenlage und nervöse Reize (Schmerz, vasomotorische Stase und Abkühlung). Laparotomierte haben eine Neigung zu Stasen in den Lungen, besonders im rechten Unterlappen.

Die Entzündungserreger kommen in die Lungen hinein: 1) auf dem Bronchialwege, 2) auf dem Blutwege, 3) auf dem Lymphwege.

1) findet statt durch Aspiration des Inhaltes der Mundhöhle, der Nasenhöhle, der Speiseröhre und des Magens beim Erbrechen. Am gefährlichsten ist die Bronchitis wegen der Aspiration des Sputums in andere Teile der Lunge. 2) Embolische Pneumonien durch Thrombenbildung in den Venen. Einesteils stehen die Venen mit der Vena cava direkt in Verbindung (Magen, Uterus usw.), andererseits handelt es sich um Thromben in den retroperitonealen Venen, weil die Lymphgefäße der Venenwände mit denen der Mesenterien in Verbindung stehen (bei eitrigen Typhliten und eingeklemmten Brüchen). 3) Der Lymphweg geht a. durch die perforierenden Lymphgefäße in die Pleura. Eine Pneumonie wird aus der Pleuritis dann, wenn das Lungengewebe durch Stase ödematös wird. b. in die Blutgefäße des Zwerchfells. Dadurch entsteht Sepsis mit Hypostasen und lobulären Entzündungen

und Thrombenbildungen an anderen prädisponierten Stellen des Venensystems.

Redner führt ferner aus, daß bei Laparotomien der Luftinfektion eine größere Bedeutung zuzusprechen ist als sonst bei Wunden.

Die Prophylaxe bei postoperativen Pneumonien ergibt sich aus der Pathogenese. Die Hauptsache ist die Vermeidung der Infektion der Organgewebe, der Mesenterien und der freien Bauchhöhle. Die Zahl der postoperativen Pneumonien geht, wenn man von den Aspirationspneumonien absieht, parallel der Infektion. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Czerny (Heidelberg): Nach etwa 1300 seiner Laparotomien sind 52 Pneumonien beobachtet worden, wobei vielleicht einige leichte nicht mitvermerkt sind. Jenseits der 40er treten sie etwa doppelt so häufig auf, was sich aus Residuen früherer Krankheiten erklärt. Ob Alkohol und Tabakmißbrauch dabei mitspricht, ist nicht sicher. Die Geschlechter sind gleich stark beteiligt, Obesitas vorwiegend.

Bronchitis war 4mal, Emphysem 5mal, Herzfehler 4mal vorhanden, Pneumonie 6mal vorausgegangen. Das Narkotikum läßt keinen Einfluß erkennen: 30 Fälle kommen auf Chloroform, 11 auf Chloroform-Sauerstoff, 3 auf Schleich'sche Anästhesie. Mehr schon ist die Technik der Narkose verantwortlich zu machen; ihr fallen z. B. die häufigeren Aspirationspneumonien zur Last, die zu 50% bereits in den ersten 3 Tagen auftraten. Aspiration nach der Operation scheint häufiger bei genähten Wunden aufzutreten, der größeren Schmerzen wegen, welche Atmen und Husten unterdrücken lassen. Es befinden sich unter den an Pneumonie Erkrankten 14 Operationen am Gallensystem, 11 an den weiblichen Genitalien, 12 Gastroenterostomien und 12 Magenresektionen. Operationen in der Nähe des Zwerchfelles hemmen die Atembewegung und begünstigen die Infektion; während die Operationen im Oberbauch (Magen, Gallenblase) $^1/_3$ der Gesamtzahl ausmachen, sind sie in der Zahl der Pneumonien mit $^2/_3$ vertreten. Die rechte Seite ist häufiger befallen wie die linke. Die Appendicitis, welche 14% der Operationen ausmacht, ist mit 2% der Pneumonien gering belastet. Auffallend sind die 20% Pneumonien bei gynäkologischen Operationen, die 10% der Gesamtzahl ausmachen, bei lokal guter Heilung. Mangels anderer Erklärung möchte C. die Beckenhochlagerung für ätiologisch wichtig halten. Von den an Pneumonie Erkrankten heilten 31, starben 21 bei glattem Operationsfeld. 12mal bestand kruppöse, 8mal gangränöse Pneumonie, 5mal Pleuritis. Prophylaktisch wichtig ist Vorbereitung der Mundhöhle, der Bronchien und strenge Asepsis.

Kümmell (Hamburg) vertritt die Ansicht, daß dem Narkotikum eine große Rolle zukomme; bei Äther häuften sich die Pneumonien, weil auch das Klima Katarrhe sehr begünstigt. Bei einer Zahl von 3200 Laparotomien finden sich in 2361 Krankengeschichten genauere

Aufzeichnungen; darunter ist die Chloroformnarkose in 1754 Fällen angewandt. 43 = 2,4 % Operierte starben nach Ausweis der Krankenjournale an Pneumonie (Alters- und agonale Pneumonien nicht mitgezählt). Durchschnittlich hatte die Narkose 40—50 Minuten mit entsprechendem Chloroformverbrauch gedauert. Chloroform-Sauerstoffgemisch scheint die Narkose ungefährlicher zu machen. Eine deutliche Änderung ist zu verzeichnen seit Beginn mit der Skopolamin-Morphiumnarkose, wobei 5—8 dmg Skopolamin und 1 cg Morphium etwa $1^1/_2$ Stunde vor der Operation gegeben werden. Die austrocknende Wirkung des Skopolamin verhütet die Aspiration zu reichlicher Sekrete, so daß auch Äther nachgegeben werden kann. Auf 409 Laparotomien kommen hier nur 3 Todesfälle an Pneumonie, also 5mal weniger; es ist diese kombinierte Narkose eine sehr humane. Frühzeitig sollen die Kranken zu tiefem Atmen angehalten werden. **Christel** (Metz).

Schloffer (Innsbruck) berichtet an der Hand der folgenden Tabelle über die an seiner Klinik seit $1^1/_2$ Jahren beobachteten embolischen Lungenkomplikationen.

Anzahl der		Davon gestorben im ganzen	Davon gestorben an Lungenkomplikationen	Davon gestorben an embolischen Lungenkomplikationen	Davon erkrankt an Lungenkomplikationen	Davon erkrankt an embolischen Lungenkomplikationen
gesamten Operationen	1600	40	22	3	—	—
Kropfoperationen	107	2	2	1	29	2
Laparotomien inkl. gangränöser Hernien	142	25	7	2	8	2
Hernien exkl. gangränöser Hernien	403	—	—	—	8 (70)	3

Er führt dann aus, daß unter 403 Radikaloperationen freier Hernien, welche genau abwechselnd einmal nach Wölfler, einmal nach Bassini ausgeführt worden waren, dreimal embolische Pneumonien klinisch beobachtet wurden, und zwar durchweg nach Bassinischen Operationen. Es sei in der Tat nicht von der Hand zu weisen, daß die Bildung und Verschleppung von Thromben aus dem Plexus pampiniformis bei der Bassini'schen Operation leichter erfolge als bei der Wölfler'schen (II. Methode). Denn bei der letzteren sei eine ausgedehnte Isolierung des Samenstranges und überdies der (nicht verlagerte) Samenstrang hernach bei Hustenstößen u. dgl. geringeren Erschütterungen ausgesetzt wie bei der ersteren. (Selbstbericht.)

Trendelenburg (Leipzig): Nach seiner Bruttostatistik kommen auf Operationen im allgemeinen 1 %, auf Laparotomien 5 % Pneumonien. Die Gastrostomien sind mit 3 %, Gallensystemoperationen 6,4 %, schwere Kontusionen mit 15 %, Appendicitis mit 5 %, Probelaparotomien mit 4,7 % belastet, die weiblichen Genitalien im Gegensatz zu Czerny mit 2,8 %. Das männliche Geschlecht ist mit 5 %, das weibliche mit nur 2 % beteiligt. Von 85 pneumonisch Erkrankten starben 52 = 60 %.

Christel (Metz).

Franke (Braunschweig) kann die Vermutung des Herrn Kelling, daß es sich in manchen Fällen um eine Hausepidemie handeln möge, durch seine Erfahrungen bestätigen. Er hat vor mehreren Jahren eine solche Häufung von Pneumonien erlebt, für die er nach Abwägung aller Umstände in der Hauptsache das epidemiologische Moment verantwortlich machen mußte, daß er zeitweilig fast Bedenken trug, Bauchoperationen auszuführen. Daß es zu schweren Pneumonien nur selten, zu tödlichem Ausgange fast nie gekommen ist, glaubt er der Behandlung zuschreiben zu müssen, die darin besteht, daß neben der Anwendung der von den Vorrednern empfohlenen Maßnahmen bei dem ersten Verdacht auf Pneumonie (Fieber, Schallabschwächung, verschärftes Atmen, Knisterrasseln) sofort folgende Medikation angewandt wird: Inf. fol. Digitalis 1,5 : 150,0, Natr. salicyl. 7,0, Antipyrin 3,0, event. Syr. ad 175,0; 2stündlich ein Eßlöffel. Bei irgend leerem Pulse wird hinzugefügt Nitroglyzerin 0,015—0,02, nach Bedarf bei starkem Hustenreize Kodein, bei trockenem Husten Liqu. Ammonii anis. Diese Medikation hat F. schon seit Jahren bei der Behandlung der Pneumonie in der inneren Abteilung seines Krankenhauses und in der Privatpraxis angewandt und kann sie mit Recht empfehlen. In gewissen Fällen wird die Medizin per anum mit gleich gutem Erfolge verabfolgt. (Selbstbericht.)

Kausch (Breslau) führt die Henle'sche Statistik, die über 1780 Laparotomien der v. Mikulicz'schen Klinik berichtete, weiter, wobei Hernien, Appendicitis- und Mastdarmamputationen mit Eröffnung des Peritoneum eingerechnet sind. Es liegen jetzt Aufzeichnungen über weitere 1880 Laparotomien vor, worunter wohl viele recht einfache, jedoch auch 80 Magenresektionen. Verzeichnet sind 45 Pneumonien = 2,4% mit 28 Todesfällen = 1,4%. Die agonalen Pneumonien und 11 Embolien sind nicht verrechnet.

Besonderer Wert wird auf die Prophylaxe gelegt: Vermeidung von Abkühlung, Einwicklung der Beine, Spülungen mit warmer Kochsalzlösung, Erwärmung des Bettes, Entleerung des Magens (z. B. vor Ileusoperation), Verwendung der K.'schen Sonde, wodurch die Aspirationspneumonien vermieden werden. Die Pneumonien sind häufiger nach Zwerchfell- als Mastdarmoperationen; ob die Infektion auf dem Blut- oder Lymphwege vor sich geht, ist schwer entscheidbar, wahrscheinlicher der letztere. Wesentlich ist die Asepsis, doch werden Abszesse (z. B. bei Appendicitis) rücksichtslos eröffnet. Die Zahl der Pneumonien wurde bei Äther nicht vermehrt, eher war das Gegenteil festzustellen. Bei Laparotomien wird nicht lokal anästhesiert, auch die Morphium-Skopolaminnarkose abgelehnt. Von der Bedeutung der Epidemien kann sich K. nicht überzeugen.

Mühsam (Berlin): Bericht aus der Sonnenburg'schen Klinik. Verzeichnet sind 45 Pneumonien, von diesen 37 durch Embolie entstanden, die relativ häufig beobachtet wurde. Von 9 Oberschenkelvenenthrombosen waren 6 mit Lungenentzündung kompliziert. Von

den 37 embolisch entstandenen Pneumonien fallen 14 auf Spital-, 23 auf Privatpatienten: letztere sind vor den Operationen meist schon mehr heruntergekommen. Männer scheinen häufiger als Weiber der Embolie ausgesetzt zu sein. Nicht embolische Pneumonien sind bei beiden gleich oft notiert. Die Embolien ereignen sich im Bad, bei Bewegungen, Transport; oft bleibt es bei leichtesten Erscheinungen — Stechen —, oft kommt es zur Infektion. Bei alten Leuten und bei Verdacht auf Herzschwäche gebe man prophylaktisch Strophanthus oder Digitalis.

Heusner (Barmen): Auf dem Wege der Statistik komme man nicht weiter; erst müßten wir vor allen Dingen sichere anatomische Kenntnisse von den Abflußwegen der Lymphe aus der Bauchhöhle besitzen. Klein (London) habe früher Stomata in Zwerchfell- und Lungenpleura angenommen und Kelling behaupte das gleiche von Küttner; das sei nicht der Fall; Küttner habe nur von Lymphbahnen, die direkt subpleural verlaufen, gesprochen. Stomata existierten nicht; er akzeptiere daher die Kelling'sche Annahme von direktem Einwandern der Keime in die Lunge nicht. Auch von direkten Abflußwegen aus dem Blutgefäßsystem hat man gesprochen: er rate zur Vorsicht in der Beurteilung solcher Feststellungen. Im allgemeinen müsse die Lymphe ein 1—3faches System passieren, doch führten auch Lymphbahnen um die Drüsen herum, die Filtration umgehend. Vor $2^1/_2$ Jahren hat H. eine Epidemie von Pneumonien beobachtet — jeder zweite Laparotomierte erkrankte daran: er glaube, die Wege seien keine anderen wie bei Infektionen überhaupt; der Boden ist gelegentlich durch Kontusionen vorbereitet, Pneumokokken finden sich überall, kreisen im Blute und fassen an geschädigter Stelle Fuß. Daß Kümmell bei Skopolaminnarkosen wenig Pneumonien beobachtete, sei auffällig — doch könne das Zufall sein, was auch bei der Sauerstoffchloroformnarkose zu berücksichtigen sei. Der Zufall spiele eine große Rolle.

König (Jena) hat leider keine Zusammenstellung machen lassen; für ihn sei die Kardinalfrage: handelt sichs immer um hämatogene Pneumonien? Wieviel Lungenentzündungen sind gewöhnliche Pneumonien? wieviel embolische?; ohne genaue bakteriologische Untersuchungen komme man nicht weiter. **Christel (Metz).**

Rehn (Frankfurt a. M.): Die Behauptung von Herrn Kelling, daß wir nach Operation eitriger Abszesse im Bauche besonders viele Pneumonien bekommen, daß wir uns also vor der Operation deshalb hüten müßten, trifft nicht zu. Ich habe wohl reiche Erfahrung in der Sache. Ich kann nicht ziffernmäßig Auskunft geben, aber das kann ich fest versichern, daß das entschieden nicht der Fall ist. Wenn Herrn Kelling's Rat befolgt wird, dann werden wir natürlich keine postoperative Pneumonie haben, aber präoperative Eiterverschleppung, subphrene Abszesse von Lungenabszessen und alles mögliche.

(Selbstbericht.)

König (Altona): Die Entstehung von Thromben ist bei verschiedenen Operationen verschieden häufig; er hat zwei unglückliche Ereignisse bei Appendixoperationen erlebt, die an sich einfach waren — glatte Operation — glatter Verlauf; nach 10 Tagen lösten sich die obturierenden Pröpfe vom Parametrium; jeder am Wurmfortsatz Leidende ist Thrombenbesitzer. Beim Suchen nach einer Ursache für das Mißgeschick könne er eine Änderung gegen seine frühere Praxis nur in der häufigeren Benutzung des Äthers als vielleicht nicht ohne Einfluß bezeichnen; die Narkose sei gut; dann aber trete später oftmals Kollaps ein, der Digitalis erfordert; dieser fällt in die Zeit der Thrombosen. **Christel** (Metz).

Friedrich (Greifswald) betont ebenfalls die Schwierigkeit der Klärung der vorliegenden Frage durch die Statistik, wenn selbst Kliniker wie Czerny und Trendelenburg zum Teil zu entgegengesetzten Resultaten gelangen. F. hebt hervor, daß unter dem Begriff der »postoperativen Pneumonie« ätiologisch sehr verschiedene Vorgänge zusammenfallen können, während es wohl wünschenswert sei, hier eine scharfe Scheidung je nach der Art der Pneumonie vorzunehmen. Er teilt den Standpunkt Czerny's, daß es sich vorwiegend um Aspirationspneumonien handelt, daß kruppöse Formen überhaupt nicht in Betracht kommen, daß die embolischen Pneumonien gar nicht in dieses Kapitel hineingehören, und daß die hypostatischen ja sattsam bekannt seien, und in der Hauptsache wohl immer mit Atmungsinsuffizienz und autochthoner Entwicklung von in den Lungen vorhandenen Bakterien in Zusammenhang stünden. Um diesen beiden Formen, der Aspirations- und der hypostatischen Pneumonie, zu begegnen, ständen uns nach Lage des Einzelfalles nicht immer die Mittel zur Verfügung, wohl aber spielten die Art, Tiefe und Dauer der Narkose für die Aspirationsform eine geradezu entscheidende Rolle, während für die hypostatische die postoperative Atmungserschwerung, namentlich nach Laparotomie, von bekannter Bedeutung sei. Nach diesen beiden Richtungen lägen also die Mittel und Wege, den Pneumonien vorzubeugen. Da die postoperative Atmungsnot oft nur durch den Schmerz der Bauchwand bei der Atmung bedingt sei, empfiehlt F. in solchen Fällen einen reichlicheren Morphiumgebrauch.

Diesen Ausführungen fügt F. noch eine kurze Entgegnung für die mißverstandene Deutung seiner und seines Schülers Nöggerath Versuche seitens Kelling's hinzu. (Selbstbericht.)

Rotter (Berlin) hat bei 200 Skopolaminnarkosen — event. unter Beigabe von etwas Äther — wohl einige Bronchitiden, aber keine Pneumonien gesehen. Von großem Einfluß auf Thrombenbildung ist ein schwaches Herz.

Henke (Charlottenburg): Die Statistik kann willkürlich gehandhabt werden; wesentlicher wäre die genauere bakteriologische Untersuchung. Die Embolie spiele eine geringe Rolle, mehr die Infektion

von den Luftwegen aus. Infarkte kommen selten zur Beobachtung, dagegen asthenische und hypostatische Pneumonien häufig.

Meisel (Freiburg) teilt die Anschauung von Kraske mit, die von den anderen abweicht. Er macht die invertierte Lage verantwortlich; hat 3mal ohne Bauchfelleröffnung bei hohem Steinschnitt Pneumonie erlebt; Leber, Unterleibsorgane drängen herauf, gegen das rechte Herz, und es kommt zu hypostatischen Pneumonien. Bei einer rekto-abdominalen Exstirpation wurde zuerst Blut erbrochen, dann trat Atemnot ein, hypostatische Pneumonie; es fand sich bei der Autopsie auch Blut im Darme, das wohl durch Zirkulationsstörung in der Pfortader zum Austritt gelangte.

Payr (Graz) hat zur Befestigung der anatomischen Grundlagen Tieren Carmin. caerul. in das Centr. tendin. gebracht; einige wurden nach 18 Minnten getötet; es fand sich das Karmin in Höhe des Bronchialbaumes in Lymphdrüsen. Erst 7 Minuten später getötete Tiere zeigten im zentrifugierten und spektralanalytisch untersuchten Carotisblut Karmin. Dies also spricht deutlich für Fortleitung von Keimen aus dem Bauchraume durch die Lymphbahnen.

Lenhartz (Hamburg) glaubt nach seinen Erfahrungen an der Leiche, daß bei Entstehung der Pneumonien der Aspiration die Hauptrolle zufalle, und findet viel Analogien zum Typhus. Die zunehmende Häufigkeit bei Operationen in der Nähe des Zwerchfelles, wo nach den verschiedenen Manipulationen Schmerz die Atmung und Ventilation hindert, findet so ihre Erklärung. Wie bei Typhus, empfiehlt L. auch hier Lagewechsel. Pneumokokken kreisen wenig im Blut und können nur sehr selten aus diesem kultiviert werden, treten auch bei Aspirationspneumonien erst kurz vor dem Tode im Blut auf. Auf die Zwischenfrage von König (Jena), wie man es mache, um die Lungen zu öffnen, erklärt L., daß Lagewechsel das Volumen der Lunge vermehre, indem Luft in bisher kollabierte Teile dringe; auch kalte Waschungen würden dies tun.

Krönlein (Zürich) hat bei 1409 Laparotomien 8 = 5,6‰ Pneumoniemorbidität, 2,8‰ Mortalität; er hat Jahrgänge genug ohne solche, wie z. B. 1904 mit 407 Laparotomien ohne Pneumonie. Er glaubt, daß eine Summierung von pedantisch beobachteten Kleinigkeiten diese guten Erfolge bedinge. Zuerst die Äthernarkose mit dem Verbrauchsminimum bei bester Qualität des Äthers und möglichster Abkürzung der Narkosedauer. Grundsätzlich wird nicht in Narkose desinfiziert; damit kommt K. auf die Hälfte des durchschnittlichen Verbrauches anderer Operateure. Bei der Behandlung des Peritoneum wird strengste Asepsis, Vermeidung von Malträtierung gewahrt; die Deckkompressen sind feucht, die Tupfer trocken.

Trendelenburg (Leipzig) wendet sich gegen die abfälligen Bemerkungen über die Statistik; man dürfe sie nicht unterschätzen als notwendige Unterlage zum Vergleich des Materiales, der Narkotika u. a.

Braun (Göttingen) findet, daß der Begriff der Pneumonien von den einzelnen verschieden gefaßt werde. Manches scheine gar keine Pneumonie gewesen zu sein. **Christel** (Metz).

Kelling bemerkt im Schlußworte Herrn Rehn gegenüber, daß die Infektion der Bauchhöhle mit eitrigen Stoffen keineswegs gleichgültig sei. Er müsse deswegen bei seiner Forderung bestehen bleiben, eitrige Prozesse nicht ohne Not durch die freie Bauchhöhle hindurch zu öffnen. Gegen Herrn Heusner führt er aus, daß das Zwerchfell von der Bauchhöhle nach der Pleura zu durchgängig sei, wie die Tierexperimente zeigen. Er bemerkt schließlich gegen Herrn Friedrich, daß die Luftinfektion zwar nicht ausschlaggebend sei, immerhin aber der Vollständigkeit wegen erwähnt werden mußte, da er es nicht für richtig hielt, dieselbe von vornherein mit Null einzusetzen. Die Erfahrungen der übrigen Herrn Redner hingegen vertragen sich mit der vorgetragenen Pathogenese. (Selbstbericht.)

---

32) **W. Körte** (Berlin). Über den günstigsten Zeitpunkt des operativen Eingreifens bei der Wurmfortsatzentzündung.

Nach einem kurzen Überblick über den Gang der Verhandlungen über den Gegenstand in der deutschen Gesellschaft für Chirurgie betont der Vortr. die zunehmende Häufung der Wurmfortsatzentzündung und besonders der schweren Fälle. Die Gefahren des akuten Anfalles beruhen in der Peritonitis und sodann in später eintretenden Folgekrankheiten. Die Gefahr der Peritonitis ist keine geringe: unter 1791 Fällen, welche Vortr. insgesamt gesehen hat, war 341mal Peritonitis vorhanden. Unter ca. 11000 im Krankenhaus am Urban in $10^1/_2$ Jahren ausgeführten Sektionen waren 206 Fälle durch Perforation des Wurmfortsatzes herbeigeführt.

Eine genaue Diagnose des pathologischen Zustandes am Wurmfortsatz ist im akuten Anfall nicht zu stellen, und ebenso ist die Unterscheidung der beginnenden Peritonitis von der »Bauchfellreizung« nicht möglich. Alle Symptome können täuschen, am sichersten ist noch die reflektorische Muskelspannung. Die Leukocytose ist für die Frühdiagnose nicht zu verwerten. Nun bietet die Peritonitis nur im Beginne günstige Chancen für die operative Behandlung. Das Schicksal dieser Pat. entscheidet sich in den beiden ersten Tagen.

Unter 137 in den drei ersten Tagen nach dem Beginne des Anfalles operierten Kranken hatten 57 bereits eitriges Exsudat in der freien Bauchhöhle. Die Mortalität betrug in den ersten beiden Tagen 18,6%, am dritten Tage schon 36,6%, in den ersten drei Tagen zusammen auf 57 Fälle 27%. Also muß man in den ersten beiden Tagen operieren, wenn man den Pat. mit Peritonitis e perityphlitide helfen will. Bei 80 Pat. war die Bauchhöhle noch nicht infiziert. Diese heilten sämtlich, hatten einen glatten Verlauf, waren dann definitiv gesund.

Die Spätfolgen des akuten Anfalles sind: Abszesse, oft mit schwerem Verlauf; ferner Pylephlebitis (20 Fälle, nur 2 geheilt), subphrenische Abszesse (33, davon gut 21, † 12), Pyelitis, Empyeme, Tubo-Oophoritis, schwere Verwachsungen (Darmverschluß). Die meisten dieser »Spätfolgen« sind durch die Frühoperation zu vermeiden.

Nach dem dritten Tage, im intermediären Stadium, sind Abszesse, wenn nötig, zu eröffnen (Douglasinzision, oder von vorn her): 398 mit 5,5% Mortalität. Die Radikaloperation ist im Abszeßstadium weniger günstig, 76 mit 15,7% Mortalität.

Bei Peritonitis ist im Lähmungsstadium die Chance der Operation wenig günstig. 188 Fälle mit 60% Mortalität. 96 wurden nicht operiert mit 77% Mortalität.

Für die Operationen im freien Intervall (579 Fälle mit ca. 1% Mortalität) ist wichtig das richtige Abklingenlassen der Entzündungserscheinungen. Zahlreiche vorausgegangene Anfälle vermehren die Schwierigkeit und die Gefahr durch die Verwachsungen. Letztere können »Nachbeschwerden« verursachen.

Bei »Pseudoappendicitis« — Schmerzen ohne vorausgegangene Entzündungsanfälle — rät Vortr. abzuwarten. Appendicitis obliterans kann andauernde Schmerzen unterhalten, ist jedoch nicht zu diagnostizieren. Dreimal fand K. kleine Karzinome des Wurmfortsatzes bei Exstirpation desselben als Nebenbefund.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Roux (Lausanne) will der Appendicitis mehr durch Belehrung des Publikums und der Ärzte beikommen. R. hält die Krankheit für ungefährlicher wie z. B. die Salpingitis, und hat seit Jahren keinen Todesfall mehr erlebt. R. ist für die Frühoperation, wenn möglich innerhalb der ersten 36 Stunden. Er glaubt, daß bei der jetzigen Neigung, sofort nach jedem »Anfall« zu operieren, die Gefahr entsteht, manche Appendix zu exstirpieren, wo gar keine Appendicitis vorliegt.

Kümmell (Hamburg) war früher Anhänger der mehr konservativen Richtung und hatte auch gute Resultate dabei. Früher überwogen entschieden die leichten Anfälle. In Hamburg ist dies jetzt anders geworden, die Anfälle treten bedeutend schwerer auf. K. ist daher absoluter Anhänger der Frühoperation geworden. Er verfügt jetzt über eine Erfahrung von über 1000 Fällen. Der anatomische Befund steht oft in großem Widerspruche zum klinischen und rechtfertigt das frühzeitige Eingreifen. Nach dem 3. Tage des Anfalles soll man abwarten und im Intervall operieren, bei Abszessen spalten und erst später, nach 6—8 Wochen, den Wurmfortsatz entfernen. Im allgemeinen operiert K. jeden Pat., der einen deutlichen Anfall durchgemacht hat, im Intervall.

Rotter (Berlin) gibt die Mortalitätsziffer der von ihm beobachteten Fälle in drei Gruppen, je nachdem das Exsudat fehlte, serös

oder eitrig war. Bei der ersten Gruppe betrug die Mortalität 0%, bei der zweiten 3,7%, bei der dritten 24%, im ganzen unter 90 Fällen 10%. Am 1. Tage des Anfalles sah er 25 Fälle mit 4 eitrigen Exsudaten, am 2. Tage 65 Fälle mit 31 eitrigen Exsudaten, woraus hervorgeht, daß der beste Zeitpunkt zur Operation die ersten 24 Stunden sind.

Federmann (Berlin) berichtet für Sonnenburg. Derselbe ist nicht unbedingter Anhänger der Frühoperation, steht aber doch auf dem Standpunkt, im allgemeinen in den ersten 48 Stunden zu operieren

S. unterscheidet zwei Gruppen:

I. Diffuse Fälle, die sofort operiert werden. Von 58 starben 12 = 20%.

II. Appendicitis ohne oder mit umschriebener Peritonitis. Hier starben von 126 Fällen 6 = 4,8%.

Riedel (Jena) fragt Körte nach der Technik seiner Operationen.

Ceccherelli (Parma) blieb unverständlich. Jaffé (Hamburg).

Hans Haberer (Wien) berichtet in Vertretung seines Chefs, Hofrates v. Eiselsberg, daß die erste chirurg. Klinik in Wien den Standpunkt der Frühoperation innerhalb der ersten 48 Stunden des Anfalles angenommen hat, während im intermediären Stadium, also während des Anfalles jenseits der ersten 48 Stunden, keine Radikaloperation ausgeführt wird. In diesem Stadium wird exspektativ behandelt, event. werden sich ausbildende Abszesse inzidiert. Die gleichzeitige Appendixresektion wird dabei nur ausgeführt, wenn die Situation der Appendix eine solche ist, daß sie ohne Lösung gröberer Adhäsionen entfernt werden kann. In allen übrigen Fällen wird die Appendix sekundär entfernt. Die Peritonitiden werden, gleichgiltig, in welchem Stadium sie eingeliefert werden, prinzipiell operiert, und zwar wird breit inzidiert, die Appendix wenn möglich dabei entfernt und die Peritonealhöhle reichlich mit physiologischer Kochsalzlösung gespült. Dieser therapeutische Standpunkt hat sich aus den Erfahrungen, die an 459 in Königsberg und Wien behandelten Fällen gewonnen wurden, herausgebildet, welches Material nach allen, von chirurgischer Seite empfohlenen Methoden behandelt wurde. Dabei wurden auch — wenigstens für den größeren Teil des Wiener Materiales — die Dauerresultate berücksichtigt, wie es für die Frage der Therapie entschieden notwendig ist. (Selbstbericht.)

Riese (Britz) ist auch Anhänger der Frühoperation. Fälle von Ileus durch Verwachsungen und Stränge sind auch oft nichts anderes, als Folge chronischer Appendicitis. Die praktischen Ärzte behandeln zuviele Fälle auf Peritonitis, die auch auf Rechnung der Appendicitis zu setzen sind.

Schlange (Hannover) hält die Appendicitis für eine Krankheit, die in erster Linie den Chirurgen gehört. Jeden Fall zu operieren,

hält er für verkehrt; die Reaktion würde nicht ausbleiben. Er unterscheidet zwischen einem ersten Anfall und wiederholten Anfällen. Ist der erste Anfall gleich schwer gewesen, so operiert S. sofort nach Beendigung desselben: man findet dann oft Kotsteine im Wurmfortsatze. Bei wiederholten, leichten Anfällen kann man zunächst abwarten.

Jaffé (Hamburg).

Rehn (Frankfurt): Die Gründe, welche uns veranlassen, einen akut entzündeten Wurmfortsatz schleunigst zu entfernen, sind dreierlei Art.

Erstens, die akute phlegmonöse Entzündung, i. e. die akute Appendicitis; sie tritt wohl niemals in einem bis dahin normalen Wurmfortsatz auf. Vielmehr sind gewisse abnorme Zustände des kleinen Gebildes als Vorbedingungen anzusehen. Es handelt sich meist um chronische Veränderungen des Wurmfortsatzes, und der akute Anfall ist nur eine Phase in dieser chronischen Erkrankung. Nun pflegen diese chronischen Prozesse im Wurmfortsatze nicht selten völlig symptomlos zu verlaufen. Ein anderes Mal sind die Symptome gering, oder sie sind irreführend. In diesen Fällen wirkt der erste akute Anfall geradezu klärend, er wirft ein helles Licht auf eine bisher völlig dunkle oder eine mehrdeutige Erkrankung.

In einer Reihe von anderen Fällen freilich ist die Erkrankung des Wurmfortsatzes schon längst dem untersuchenden Arzte klar geworden, ehe eine akute Steigerung eintritt.

Ich glaube keinem Widerspruche zu begegnen, wenn ich sage, daß ein chronisch erkrankter Wurmfortsatz, welcher Beschwerden macht, entfernt werden muß. Um wieviel mehr aber ist es geboten, einen chronisch erkrankten Wurmfortsatz, welcher sich akut entzündet, rasch zu entfernen, gleichviel, ob seine bisherige Erkrankung mit oder ohne Symptome verlief. Denn die akute Entzündung zeigt uns blitzartig, daß ein unheimlicher, gefährlicher Wurmfortsatz vorliegt. Der Blitz erhellt nicht nur, er kann auch zünden, und niemand kann sagen, was dabei in Flammen aufgeht. Das ist der zweite Punkt. Kein Mensch kann über die Tragweite der akuten Entzündung ein sicheres Urteil abgeben. Es kommt aber meines Erachtens gar nicht darauf an, ob ein Anfall leicht oder schwer auftritt, ganz abgesehen von der Unmöglichkeit einer sicheren Prognose. Im Prinzip erfordert jeder akute Anfall die sofortige Operation, und zwar aus zwingenden prophylaktischen Gründen.

Den dritten Grund gibt die rasche, sichere und radikale Heilung, welche man durch rechtzeitiges Eingreifen im akuten Anfall erzielt.

Ich halte mich für verpflichtet, kurz die Gesamtzahlen meiner akuten Fälle bis zum 1. April 1905 vorzuführen: Im ganzen habe ich operiert 419 Fälle.

80 wurden so frühzeitig operiert, daß noch keine Eiterung außerhalb des Wurmfortsatzes gefunden wurde, so daß oft die Bauchhöhle zugenäht werden konnte, wie bei der Intervalloperation. Bei dieser

günstigsten Sachlage sind dann die betreffenden Pat. nach Ablauf der drei Wochen, während welcher wir zur Erzielung einer widerstandsfähigen Narbe die Bettruhe für nötig halten, dauernd und radikal von ihrem Leiden befreit. — 203mal habe ich bei abgekapseltem Abszeß bezw. zirkumskripter Peritonitis operiert. Davon sind geheilt 178, gestorben 25.

Hierzu gehören:

1) frische Eiterungen in der Gegend des Wurmfortsatzes,

2) mit Verbreitung nach dem Becken, nach der Leber, nach der anderen Seite hin,

3) multiple Abszesse,

4) frische und ältere Eiterungen mit Phlegmone der Coecalwand, Thrombose der Mesenterial- und Netzvenen, sowie der Vena iliaca, siebförmige Durchlöcherung des Darmes, Lungen- und Leberabszesse. Pleuraempyeme, Meningitis, Nierenvereiterung,

5) subphrenische Abszesse,

6) Arrosionen der Gefäße, Blutungen aus der Arteria iliaca,

7) Darmabknickungen, Volvulus (drei Fälle),

8) gleichzeitig bestehender Diabetes.

Ein großer Teil der Todesfälle ist durch diese Komplikationen bedingt.

Ich komme nun zu den Peritonitiden, und zwar zu den fortgeschrittenen, weit verbreiteten Peritonitiden; darunter waren sehr viele auf das Zwerchfell verbreitet. Von diesen Fällen habe ich 136 operiert; davon sind geheilt 75, gestorben 61. Im letzten Jahre aber, — und das muß doch teilweise darauf zurückzuführen sein, daß wir die Fälle früher bekommen und in der Operationstechnik weiter gekommen sind — habe ich von 27 sehr schweren, nicht ganz diffusen und schnell progredienten Peritonitiden 18 geheilt, nur 9 sind gestorben.

(Selbstbericht.)

Arnsperger (Heidelberg) legt den Standpunkt Czerny's dar. Czerny ist nicht für die Operation in jedem Falle. Früher war er Anhänger der zweizeitigen Operation (zuerst Inzision des Abszesses, später Radikaloperation), jetzt entfernt er den Wurmfortsatz gleich bei der Abszeßeröffnung.

Payr (Graz) bezeichnet als wichtiges Frühsymptom der Peritonitis die Spannung der Bauchdecken. Er ist Anhänger der Frühoperation und bezeichnet als durchschnittliche Heilungsdauer 16 Tage. Seine Mortalität betrug 4,7%.

Hochenegg (Wien): Ich habe mich zum Worte gemeldet, um die Aufmerksamkeit neuerdings auf die sog. Douglas'schen Abszesse, die im Gefolge von Appendixerkrankungen nicht so selten aufzutreten pflegen, zu lenken, da ich finde, daß dieses Thema bisher nicht genügend erschöpfende Behandlung gefunden hat, daß in bezug auf die Ätiologie genannter Abszesse Zweifel bestehen, und daß endlich auch über ihre Behandlung noch keine Einigung erzielt wurde.

Die Erfahrungen, die ich im Laufe der Jahre an meinem Krankenmateriale zu machen Gelegenheit hatte, zeigten mir aber, daß diese Abszesse in ihrem ersten Entstehen, in ihrer weiteren Entwicklung und in ihrer charakteristischen Symptomatologie sehr viel gemeinsames haben, so daß die Abszesse dieser Lokalisation einer gesonderten Besprechung zugeführt werden sollten, ungefähr so, wie deren Antipoden im Bauchraume: die subphrenischen Abszesse, schon lange erfahren haben. Wegen der Kürze der Zeit will ich mich hier auf das nötigste beschränken und dieses in gedrängter Kürze vorbringen, mich hauptsächlich auf eigene Beobachtungen stützen und es unterlassen, fremde Ansichten zu zitieren.

Vor allem muß, um Irrtümern vorzubeugen, hervorgehoben werden, daß es sich bei einem Douglas'schen Abszeß um eine abgesackte Eiteransammlung im kleinen Becken handelt, und daß der übrige Bauchraum von dieser Eiteransammlung durch eine Barriere, die von den geblähten Dünndärmen und der Flexur mit ihrem Gekröse gebildet wird, vollkommen abgeschlossen ist. Wie so häufig der subphrenische Abszeß eine Erkrankung an und für sich darstellt, und bei dieser der Ausgangspunkt des Abszesses eigentlich nicht in Frage kommt, so ist es auch bei den Douglas'schen Abszessen. Sie stellen in ihren typischen Fällen eine Krankheit an und für sich vor, die rechtzeitig diagnostiziert und richtig behandelt werden muß und dann die beste Prognose gibt, sonst aber meist in ihrem Gefolge — die seltenen Fälle spontaner Perforation gegen den Darm zu abgerechnet —, Perforation gegen den Bauchraum und diffuse Peritonitis zur Folge hat.

Ich mußte dies extra hervorheben, da, wie aus den spärlichen Arbeiten dieses Gebietes sich ergibt, hierüber noch keine Einigung in den Anschauungen erzielt ist, indem vielfach auch dann von einem Douglas'schen Abszesse gesprochen wird, wenn, was ja eigentlich natürlich ist, bei diffus eitriger Bauchfellentzündung sich der Eiter auch im kleinen Becken angesammelt hat.

Wenn ich noch hervorhebe, daß diese Abszesse keineswegs selten sind, daß, wie in meinem Materiale, dieselben ca. 30% der appendikulären Abszesse ausmachen — ich habe in meinem Materiale 23 Douglasabszesse gegen 76 an typischer Stelle verzeichnet —, so glaube ich auch durch diesen Umstand die Berechtigung gesonderter Besprechung dargetan zu haben.

Die Umstände, die zu einem Douglas'schen Abszesse führen können, werden nun folgendermaßen erklärt: durch eine Appendicitis gangraenosa kommt es zur Perforation, das ausfließende höchst infektiöse Material sammelt sich im kleinen Becken, oder aber die schwer erkrankte Appendix war von vornherein im kleinen Becken gelagert, so daß naturgemäß die Entleerung gegen das kleine Becken erfolgte. Durch den Reiz des ausgetretenen Infektionsmateriales entwickelt sich dann im Laufe der Zeit der Douglas'sche Abszeß. Wie dem auch sei, es wird eine schwere phlegmonöse Parenchymerkrankung der Appendix als notwendige Vorbedingung angenommen.

Wenn ich auch nicht leugnen will, daß diese Art der Entstehung bei Douglas'schen Abszessen vorkommt, so führten mich meine Krankenbeobachtungen, dann die Ergebnisse der Frühoperationen, sowie die Befunde der nach abgeklungenen Abszessen ausgeführten Radikaloperationen zur Ansicht, daß in vielen Fällen von Douglasschen Abszessen noch ein anderer Entstehungsmechanismus eine Rolle spielen müsse, und daß hierauf der eigentümliche gutartige Verlauf der Douglas'schen Abszesse zurückgeführt werden muß.

Die Fälle dieser Kategorie bieten von ihrem ersten Anfang an ein eigentümliches charakteristisches Symptomenbild, so daß es mir aus den typischen Merkmalen schon zu wiederholten Malen gelungen ist, das Ausklingen des Anfalles in einem Douglas'schen Abszesse bei der ersten Untersuchung zu prognostizieren.

Vor allem handelt es sich bei den typischen Fällen dieser Kategorie um den ersten Anfall. Bei diesen Pat. ging niemals eine ernste Appendixerkrankung voraus, höchstens wurde mir angegeben, daß manchmal ein Gefühl der Spannung oder geringe Appendixkoliken verspürt worden waren.

Die Krankheit setzt immer plötzlich, meist mit imponierender Vehemenz ein. Früher vollkommen gesunde Leute empfinden häufig während einer stärkeren Spannung der Bauchdecken, wie beim Tennisspiel, Bücken, Pressen beim Stuhl usw., einen ungemein heftigen Schmerz, wie wenn etwas im Bauche geplatzt wäre; dem Schmerz folgt ein oft besorgniserregender Chok; der Kollaps hält Stunden bis Tage an, schon in den ersten Stunden entwickelt sich ein auffallend starker Meteorismus, zunächst ohne jegliche Peristaltik.

Objektiv geben diese Fälle in diesem Stadium für den Unkundigen diagnostische Schwierigkeiten deshalb, weil solche Pat. in der Appendixgegend nicht druckempfindlicher sind als in anderen Bauchgegenden, und weil an typischer Stelle nicht die Spur von einem Infiltrate palpabel ist.

Ich habe in diesem Stadium dreimal die Appendix exstirpiert, jedesmal eine perforierte, zweimal eine vollkommen leere, einmal eine mit einem Stein erfüllte Appendix an normaler Stelle angetroffen. Bei allen diesen Fällen fiel mir an der exstirpierten Appendix auf, daß sie keinerlei entzündliche Veränderungen ihrer Wand zeigte; es bestand weder Gangrän noch ein Dekubitusgeschwür, die Perforationslücke machte den Eindruck einer frischen Rißwunde. Trotz der Frühoperation und Drainage des Wundbettes habe ich der Bildung eines Douglas'schen Abszesses nicht vorbauen können, so daß dann eine zweite Operation zur Eröffnung des Abszesses nötig wurde, worauf ich Heilung erzielte.

Ich kehre zurück zur Schilderung der Symptome in den Fällen, bei denen keine Frühoperation gemacht wurde.

Die Pat. erholen sich allmählich aus ihrem Kollaps. Der Meteorismus bleibt aber bestehen, nur wechselt er im Verlaufe der nächsten Tage seinen Typus, indem wir jetzt meist lebhafte, subjektiv empfun-

dene, objektiv als Darmblähung wahrnehmbare Peristaltik beobachten. Dabei beginnt die bis dahin niedere Temperatur allmählich zu steigen, der Puls wird frequenter.

Wiederholt wurden mir Pat. in diesem Stadium mit der Diagnose Darmverschluß zugeschickt.

Wartet man noch weiter zu, so gesellen sich diesem Krankheitsbild als überaus charakteristische Symptome Sphinkterlähmung, Abgang großer Mengen glasigen Schleimes per Rectum, Urinverhaltung dazu.

Auch in diesem Stadium ist die Ileocoecalgegend kaum empfindlich, und gewöhnlich ist auch hier keine Resistenz tastbar, nur die Rektaluntersuchung ergibt den charakteristischen Befund einer prall gespannten, undeutlich fluktuierenden, gegen das Rektallumen von vorn und oben prominierenden Geschwulst, die selbst bei vorsichtiger Beckenhochlagerung ihre Spannung beibehält. (Differentialdiagnostisches Merkmal gegenüber diffuser Peritonitis.)

Es erübrigt mir, die Symptome kurz zu erklären.

Der initiale Schmerz entspricht der Ruptur der vorher wahrscheinlich mit Schleim prall gefüllten, aber nicht schwer entzündlich veränderten Appendix, die wahrscheinlich bei den aufrecht stehenden, gehenden Pat. tief gegen das Becken herabreicht. Daß nach der Entleerung des Fortsatzes die Gegend nicht druckempfindlich ist, beweist ebenfalls den Mangel einer Appendixentzündung.

Der schwere Kollaps und der rapide auftretende Meteorismus sind reflektorische Choksymptome, wie bei anderen abdominellen Perforationen.

Der initiale reflektorische Meteorismus ohne Peristaltik wird abgelöst durch den Meteorismus mit Peristaltik, der das sich allmählich entwickelte Passagehindernis anzeigt; die Lähmung der Sphinkteren und der Abgang vom Schleimmassen lassen sich durch Druck auf die den Sphinkter versorgenden Nerven, sowie auf eine auf die Mastdarmwand fortgeleitete Entzündung beziehen.

Ich stelle mir mithin den Gang der Ereignisse folgendermaßen vor:

Ein Kotstein legt sich vor das Coecallumen der Appendix und bringt es vollkommen zum Abschluß; hinter demselben kommt es zur Ansammlung von Schleim in der Appendix, die schwere freie Appendix sinkt gegen das kleine Becken, irgendein stärkerer Druck bringt sie zum Bersten. Nach erfolgter Ruptur entledigt sich die muskelstarke Appendix ihres Inhaltes. Auf diesen Perforationsreiz reagiert das Peritoneum mit Meteorismus, wie bei anderen mechanischen und chemischen Insulten des Peritoneums, die geblähten Schlingen schließen zunächst wie ein Luftpolster nach oben zu ab, verkleben dann untereinander und bilden eine das Peritoneum schützende, den Abszeß nach oben abschließende Kuppe. Beim weiteren Wachstum entwickelt sich der Abszeß hinter den Dünndärmen bis gegen die Radix mesenterii, drückt nach unten gegen den Mastdarm und die Blase und zeitigt die charakteristischen schon geschilderten Symptome.

Ich wiederhole nochmals, daß ich diesen Entstehungsmechanismus für die meisten, nicht für alle Douglasabszesse annehme.

Als Bestätigung meiner Auffassung möchte ich für diese Fälle noch das immer konstatierte Fehlen einer Leukocytenvermehrung anführen.

In bezug auf die Therapie dieser Fälle erwähne ich, daß ich die Eröffnung des Abszesses auf parasakralem Wege bevorzuge, und daß ich dieser Operation nachrühme, daß man auf kürzestem Wege zum Abszeß kommt, und daß hierdurch eine sichere Drainage ermöglicht wird. Vor der Inzision per laparotomiam haben alle Methoden von unten die größere Sicherheit in bezug auf eine Infektion des Peritoneums und die Vermeidung der Bauchwandhernie voraus.

Ich habe 19mal die parasakrale Operation geübt und 17 Heilungen erzielt; ein Fall ging 2 Monate später an allgemeiner Tuberkulose zugrunde, ein Fall erlag seiner schon vor der Operation bestandenen Sepsis. (Selbstbericht.)

Silbermark (Wien): v. Mosetig und seine Schüler stehen auf dem Standpunkt, eine Appendicitis anzugehen, sobald sie diagnostiziert ist, und die Appendix, wenn nur irgendwie möglich, in jedem Falle zu entfernen, sind somit entschiedene Anhänger der radikalen Frühoperation. Zwei Momente geben hierbei den Ausschlag: 1) Schafft eine Radikaloperation bei den sog. einfachen Formen derartige Gefahren für das Leben des Pat., daß der frühzeitige Eingriff ungerechtfertigt erscheint? 2) Ist man imstande, in den ersten Tagen des Anfalles eine Spontanheilung ohne Eingriff mit Sicherheit auch nur als wahrscheinlich hinzustellen?

Zur Stütze führt S. folgende Statistik an:

Mortalität	bei	einfachen Formen	6%,
»	»	komplizierten Formen	15,9%,
»	»	Frühoperation innerhalb der ersten 48 Stunden	5,2%,
»	»	Spätoperation nach den ersten 48 Stunden	13,8%,
»	»	Frühoperation bei diffuser Peritonitis	10%,
»	»	Spätoperation bei diffuser Peritonitis	45,9%.

Es ergeben sich daraus folgende Schlüsse: Die Frühoperation bringt bei dem heutigen Stande der Technik in jenen Fällen, die möglicherweise spontan hätten heilen können, dem Kranken keinen Schaden. Andererseits fehlt bis jetzt ein diagnostisches Hilfsmittel, um gleich zu Anfang mit Sicherheit behaupten zu können, ob nicht der oder jener Fall denn doch zu einer Komplikation führen wird. Noch viel weniger ist man imstande, in jedem Falle zwischen einfacher und komplizierter Appendicitis zu unterscheiden. Ein Beweis hierfür liegt darin, daß von den im ersten Anfall operierten Fällen 80% Komplikationen aufwiesen, während nur 20% einfache, katarrhalische Formen waren.

Vor allem aber zeigen die Resultate der Frühoperation in bezug auf die Gesamtmortalität eine ganz bedeutende Differenz, 5,2% gegen

13,8% bei Spätoperation. Noch deutlicher tritt der Wert der Frühoperation bei den schweren Formen von diffuser Peritonitis infolge Perforation des Proc. vermif. zutage. Während sich die Mortalität für die Frühoperation auf 10% stellt, beträgt sie für die Spätoperation 45,9%. Das sog. »Warten mit dem Messer in der Hand« bedeutet also entschieden eine Verschlechterung der Prognose. Der Standpunkt der Appendicitis gegenüber muß der gleiche wie der bei einer inkarzerierten Hernie sein; rasche und radikale Beseitigung des Übels. (Selbstbericht.)

H. Schnitzler (Wien) bekennt sich auf Grund von Erfahrungen, die er bei mehr als 700 Appendixoperationen sammeln konnte, als Anhänger der Frühoperation, die er 80mal (mit zwei Todesfällen) ausgeführt hat. Er tritt der Meinung Schlange's entgegen, daß man mit Rücksicht auf die Stimmung des Publikums die Frühoperation nicht durchsetzen könne oder solle. Die von Federmann mitgeteilte Auffassung Sonnenburg's, gegen die Frühoperation spreche die Unsicherheit, ob ein primärer Verschluß der Bauchwunde möglich sein werde, lasse sich nur zugunsten der Frühoperation verwerten, da ja eben hieraus hervorgeht, daß man auch schon im frühen Stadium der Erkrankung nicht wisse, wie weit die Infektion schon vorgeschritten sei. S. meint ferner, nicht der pathologisch-anatomische Befund an der Appendix sei für die Prognose das Entscheidende, sondern vielmehr das Allgemeinbefinden der Kranken und der Zustand des Darmes. Bei bestehendem Meteorismus ist nach S.'s Erfahrungen die Prognose stets zweifelhaft, bei noch arbeitsfähigem Darme sei sie, wenn auch der sonstige Operationsbefund ungünstig erscheint, relativ gut. (Selbstbericht.)

Sprengel (Braunschweig) hält die prinzipielle Überlegenheit der Frühoperation heute für erwiesen. Von seinen 236 in den letzten 4 Jahren im Anfall operierten Fällen waren 76 Frühfälle mit 4 Todesfällen = 5% Mortalität; 160 Spätfälle mit 40 Todesfällen = 25% Mortalität.

Wichtiger noch ist der Umstand, daß die Frühoperation am sichersten die Gefahr der freien Peritonitis, des wichtigsten Faktors in der Mortalität, einschränkt. Etwa $^2/_3$ aller Peritonitisfälle fallen auf den 2.—4. Krankheitstag; die Resultate ihrer Behandlung sind nachweislich um so günstiger, an einem je früheren Tage der Erkrankung (an Appendicitis) die Operation stattfindet.

Trotzdem dürfen die Bemühungen, diagnostisch fortzuschreiten, nicht aufhören; sie sind keineswegs aussichtslos, wenn man die Frühsymptome der freien Peritonitis — Spannung der Bauchdecken und Aufhebung der Zwerchfellatmung — sorgfältig beachtet, und die Einteilung der Appendicitisformen nicht zu sehr kompliziert; S. hält die Einteilung in Appendicitis simplex und destructiva für ausreichend.

Die Gefahr der Intermediäroperation wird übertrieben. S. hatte unter 51 Fällen nur 2 Todesfälle.

Die Frage der Intervalloperation bedarf um so mehr der Revision, je mehr das Prinzip der Frühoperation Anerkennung findet. (Selbstbericht.)

Körte (Berlin) betont noch, daß die Leukocytenzählung ihn im Stiche gelassen und oft direkt getäuscht habe. Jaffé (Hamburg).

---

33) **Kausch** (Breslau). Die schwere Magenektasie ohne Stenose.

K. hat bei dem großen Materiale der Breslauer chirurgischen Klinik keinen Fall finden können, in welchem eine schwere Magenektasie — Rückstände frühmorgens nüchtern — ohne ein Hindernis am Pylorus bestanden hätte. Auch in der Literatur konnte er keinen Fall finden, der der strengen Kritik stand hielte.

Dann hat K. bei den zahlreichen Fällen von Pylorospasmus, die namentlich in früheren Jahren zur Operation kamen, stets eine schwere motorische Störung vermißt, während gewöhnlich eine leichte nachweisbar war. Es gilt dies sowohl für die rein nervöse Form, als für die, bei der ein Ulcus ventriculi vorliegt.

K. kommt so zu dem Schluß, daß die schweren Grade der mechanischen Störung des Magens anscheinend nur infolge von richtigen Hindernissen entstehen, durch Krämpfe, Pylorospasmus nie, durch Lähmung, Atonie, wie es scheint, auch nicht. (Selbstbericht.)

---

34) **Petersen** (Heidelberg). Zur Histogenese der Magen- und Darmkarzinome.

Die Histogenese der Magen-Darmkarzinome ist aus zwei Gründen sehr schwer zu erforschen: 1) Diese Karzinomformen wachsen mit ganz verschwindenden Ausnahmen unizentrisch (aus sich heraus); es kann daher in den Randpartien die Histogenese fast niemals studiert werden. 2) Kleinste beginnende Magen-Darmkarzinome gelangen nur sehr selten zur Beobachtung.

Bei der Untersuchung von 70 Magen- und 230 Darmkarzinomen hat nun P. doch einige Stellen gefunden, die auch über die Histogenese Auskunft geben. Er ist zu dem Schluß gekommen, daß das Magen-Darmkarzinom, ebenso wie das Hautkarzinom, beginnt mit einer primären Erkrankung des Epithels ohne wesentliche Beteiligung des Bindegewebes. Histologisch finden sich alle Übergänge zwischen Polyp, Adenom und Karzinom; es erscheint dies P. nur schwer vereinbar mit der parasitären Karzinomtheorie. (Selbstbericht.)

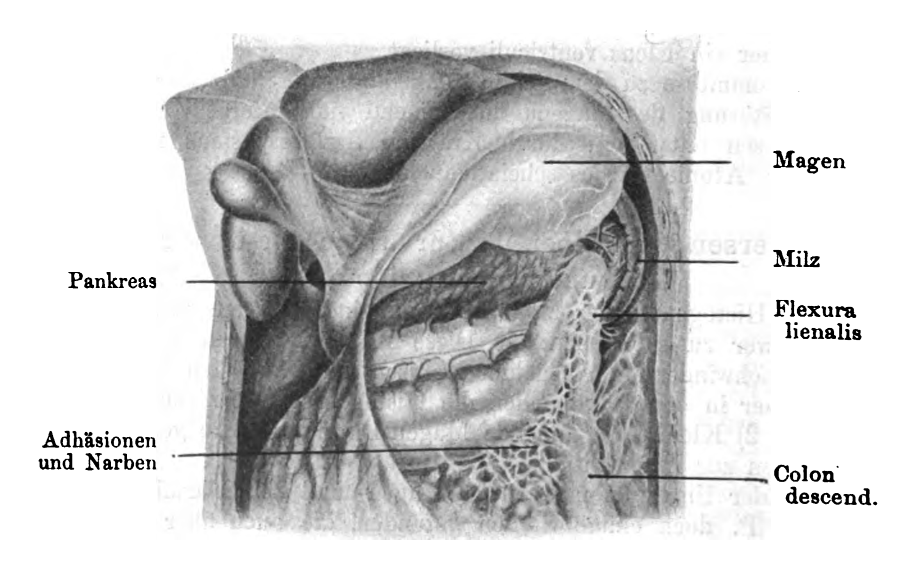
---

35) **Payr** (Graz). Uber eine eigentümliche Form chronischer Dickdarmstenose an der Flexura coli sinistra.

P. beschreibt von ihm in mehreren Fällen gefundene, ziemlich typische Veränderungen an und in der Umgebung der

Flexura lienalis coli, durch welche der Zustand einer chronischen Verengerung des Darmlumens gegeben ist.

Durch einen chronischen in der Umgebung der Flexura lienalis sich abspielenden Entzündungsprozeß kommt es zu einer Verzerrung des linken Kolonwinkels nach oben, zu multiplen Adhäsionen zwischen diesem und dem Parietalperitoneum, der Milz, dem Magen und dem Zwerchfell und vor allem zu einer innigen Verlötung der Endstrecke des Colon transversum und des Anfangsteiles des Colon descendens. Zahlreiche weiße, manchmal kammartige, sternförmige, strahlige, aber auch mehr flächenhafte, sehnig glänzende Narben und Adhäsionen lassen sich an den obengenannten Teilen, besonders aber auch am Netz und entlang dem Colon descendens nachweisen. Das große Netz lagert als sklerosierte Platte manchmal über dem Endteile des Colon transversum und dem Anfangsteile des Colon descendens. Der Verlauf dieser beiden Darmabschnitte ist manchmal ein nahezu paralleler, so daß eine Änlichkeit mit dem Laufe einer Doppelflinte entsteht; (s. beistehende Abbildung).



Das Colon transversum findet sich in diesen Fällen stets gebläht, seine Wand verdickt, das Colon descendens leer, manchmal abgeplattet. Durch die innige Aneinanderlagerung dieser beiden Darmabschnitte wird eine Art von Sporn gebildet und eine relative Stenose erzeugt. Eigentümlich sind die Lage- und Gestaltungsveränderungen an Colon ascendens und transversum. Ohne Bildung einer ausgeprägten Flexura hepatica geht bisweilen Coecum und Colon ascendens in das Colon transversum über, einen gewaltigen, nach außen und oben konvexen Bogen bildend.

Dieses Krankheitsbild hat P. in vier Fällen genauer zu studieren Gelegenheit gehabt; in einem fünften und sechsten Falle waren die

äußeren Verhältnisse nicht danach angetan, um sich vollkommen über Lage und Fixationsverhältnisse der betreffenden Darmpartien zu orientieren.

Bisher fanden sich hierher gehörige Beobachtungen in der Literatur nur äußerst spärlich (Braun, Zeidler, A. v. Bergmann), während gerade in den letzten Jahren in der französischen Literatur eine, wenn auch nicht große Zahl, hierher gehöriger Beobachtungen auftauchten (Terrier, Poirier, Quénu, Walther, Routier u. a.).

Die linke Flexur steht immer höher als die rechte; der durch sie dargestellte Winkel ist immer ein spitzer. Er kann verschärft werden durch höhere Fixation, durch strangartige Beschaffenheit der ihn fixierenden Bänder, sowie durch Koloptose. Das Ligamentum phrenicocolicum — von französischen Autoren bis ins Detail topographisch bearbeitet — spielt als Befestigungsmittel dieses Darmteiles eine gewisse Rolle.

Viel wichtiger aber, als die durch jenes Band mitbedingte Winkelbildung sind die von P., in geringerem Maße auch von anderen beobachteten Adhäsionen. Sie sind höchst wahrscheinlich die Folge eines chronisch sich in der Bauchhöhle abspielenden entzündlichen Prozesses, können aber auch im Gefolge einer einmaligen heftigeren intestinalen entzündlichen Attacke entstehen. Als Hauptursachen für das Zustandekommen jener Adhäsionen, die man pathologisch-anatomisch dem Bilde der chronischen, adhäsiven und sklerosierenden Peritonitis zurechnen muß, möchte P. Perityphlitis, Ulcus ventriculi, Cholelithiasis und Erkrankungen des weiblichen Genitales ansehen. Neoplasmen, sowie Darmdivertikelbildung dürften in seltenen Fällen ähnliches verursachen, wie dies ja auch noch von zahlreichen anderen Krankheitsprozessen angenommen werden muß.

Der Mechanismus der zu beobachtenden Darmverengerung ist kein ganz einfacher. Bei spitzwinkliger Knickung von Darmteilen beobachtet man Spornbildung. Dieselbe ist für diese Verhältnisse nachgewiesen (Roith Gefrierschnitte, Braun Formolhärtung, Payr Untersuchung am Lebenden). Außerdem aber ist die Peristaltik dieses in so viele Adhäsionen eingehüllten und dadurch universell fixierten Darmteiles sehr eingeschränkt; er stellt einen sog. toten Punkt dar. Endlich darf man gerade bei diesem Verhalten eine Kompression des abführenden durch den plötzlich stark gasgeblähten zuführenden Darmteil annehmen. Für Gase ist das Hindernis fast ernster, als für Fluida und für die festen Fäkalmassen.

In klinischer Beziehung kann man sagen, daß man den Zustand einer chronischen Dickdarmstenose vor sich hat: Ganz allmähliches Entstehen der Obstruktionserscheinungen; anfangs, manchmal schon von Jugend auf, hartnäckige Obstipation. Es wird immer schwieriger, Stuhl zu erzeugen. Auffallend ist, daß von dem Eintreten schwererer Obstruktionserscheinungen an Abführmittel per os gegeben wenig Erfolg bringen, während durch Öl oder Wassereinläufe gewöhnlich Stuhlgang erzielt werden kann.

Ganz ähnlich, wie bei obturierenden Karzinomen, stellen sich von Zeit zu Zeit Obstruktionskrisen ein. Kolikartige Schmerzen, Aufgetriebensein des Leibes, Appetitlosigkeit, vollständiges Sistieren von Stuhl und Winden, Brechneigung, übler fäkaloider Geruch aus dem Munde, bisweilen Erbrechen sind die Hauptsymptome. In mehreren Fällen konnte P. ziemlich hohes Fieber beobachten. Nach mehrtägigem Anhalten dieser Erscheinungen gewöhnlich auf einen reichlichen Einlauf oder subkutane Anwendung von Atropin, in anderen Fällen spontan, erfolgen explosionsartig kopiöse Diarrhöen mit Entleerung unglaublicher Mengen aashaft stinkenden, dünnflüssigen Stuhles. Daraufhin fällt das Abdomen zusammen, die Schmerzen hören auf, in kurzer Zeit ist wieder volles Wohlbefinden da. Nach kürzerer oder längerer Zeit, die Intervalle sind oft ganz regelmäßig, wiederholt sich das nämliche Bild.

Es kann zu sehr ernsten Obstruktionserscheinungen kommen, jedoch hat P. keinen Fall gesehen, in dem eine absolute Verlegung des Darmrohres anzunehmen gewesen wäre.

Infolge geringer Nahrungsaufnahme — viele Kranke beschränken sich aus Furcht vor den schweren schmerzhaften Anfällen auf flüssige Nahrung — tritt Abmagerung und schlechtes Aussehen ein. Manchmal ist die Unterscheidung von malignen Neoplasmen des Darmes sehr schwierig. Die Erkrankung kommt vorzugsweise im mittleren oder höheren Alter vor. Männliches und weibliches Geschlecht scheinen in gleicher Weise befallen zu werden.

Die Diagnose hat sich zunächst mit der Feststellung des Vorhandenseins einer Verengerung des Darmes, und zwar des Dickdarmes zu beschäftigen. Der konstante Schmerz unter dem linken Rippenbogen, das nicht selten schief aufwärts ziehende geblähte, mannsarmdicke Colon transversum, das man durch die Bauchdecken bisweilen fühlen kann, die gewöhnlich äußerst typische Anamnese und das Ergebnis der Luft- und Wasseranfüllung des Dickdarmes vom Rektum aus lassen gewöhnlich das Vorhandensein eines Hindernisses im Darm erschließen.

In zwei Fällen bediente sich P. angesichts des dringenden Verdachtes auf ein Karzinom am Colon descendens bezw. Flexura sigmoidea des Schreiber'schen Rekto-Romanoskopes. Mit 35 cm langem Tubus gelang es, einen großen Abschnitt des Dickdarmes zu übersehen und wenigstens für diesen das Vorhandensein eines malignen Neoplasmas auszuschließen.

Die Prognose kann natürlich nur dann, wenn die Anwesenheit eines malignen Neoplasmas mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, einigermaßen günstig gestellt werden.

Das Vorhandensein der beschriebenen Stenosenform disponiert zu postoperativem Darmverschluß.

Die Therapie hat die Aufgabe, die vorhandene Verengerung des Darmrohres zu beseitigen. Die möglichen Wege zur Erreichung dieses Zieles sind folgende:

1) Lösung der Adhäsionen, Annähung des herabgesunkenen Colon transversum (Kolopexie).

2) Resektion der spitzwinklig geknickten und fixierten Flexura coli sinistra.

3) a. Kolo-Kolostomie (Colon transversum und Colon descendens).
   b. Kolo-Sigmoideostomie.
   c. Unter besonderen Umständen Ileo-Sigmoideostomie.

4) Anus praeternaturalis.
   a. Entweder als bleibender Kunstafter in gewissen Fällen, in denen entweder lokale Verhältnisse oder das Allgemeinbefinden einen größeren Eingriff verbieten.
   b. Als temporärer Kunstafter zur Entlastung des geblähten und gestauten Darmes, mit der Absicht späterer Radikalkur des Leidens.

Von diesen zahlreichen Behandlungsmethoden haben jedoch nur einige wiederkehrenden praktischen Wert. Die Adhäsionslösung ist gewiß, da sie normale Verhältnisse herzustellen bestrebt ist, das idealste Verfahren, die Gefahr der Wiederbildung jedoch groß und kaum zu umgehen. Die Resektion ist ein bedeutender und keinswegs leichter Eingriff und die Frage der besten Vereinigung der beiden resultierenden Enden noch offenstehend.

Einladend ist die Kolo-Kolostomie; jedoch wird sie in den meisten Fällen, in denen Adhäsionen auf weitere Strecken die Schenkel der geknickten Flexur einhüllen, wegen zu befürchtender Spannung nicht zu empfehlen sein.

Bei dem eigentümlichen, bogenförmig nach oben verlaufenden Colon transversum und genügend langer Flexura sigmoidea läßt sich in bequemster Weise die Kolo-Sigmoideostomie machen. P. hat vier Fälle nach diesem Anastomosentypus operiert (drei geheilt, einer gestorben an postoperativer Magenblutung).

Die Ileo-Sigmoideostomie wäre nur in jenen Fällen angezeigt, in denen ausgedehnte Verwachsungen auch am Colon ascendens, Flexura hepatica und Colon transv. vorhanden sind. Die Ausschaltung eines größeren Darmstückes, an dem selbst wieder verengte Stellen vorhanden sind, erscheint nicht unbedenklich.

Die Kolostomie als dauernde Etablierung eines Kunstafters dürfte wohl meist auf einen diagnostischen Irrtum zu beziehen sein: Annahme eines Karzinoms an der linken Flexur, das keines ist.

Als Notoperation zur Darmentlastung verdient die Kolostomie, temporär ausgeführt, in allen Fällen beginnender oder ausgebildeter totaler Okklusion volle Beachtung. (Selbstbericht.)



36) **Perthes** (Leipzig). Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprung'schen Krankheit (angeborene Dilatation des Kolon).

P. demonstriert an zwei von Marchand (Leipzig) und Chiari (Prag) zur Verfügung gestellten Präparaten die für die Hirschsprung'sche Krankheit charakteristischen pathologischen Befunde: Hochgradige Erweiterung und Wandungshypertrophie des Kolon bezw. der Flexura sigmoidea, ohne daß unterhalb der erweiterten Abschnitte eine Striktur vorhanden wäre. An den vorgelegten Präparaten ist der Übergang des dilatierten Abschnittes in den nicht dilatierten ein plötzlicher und befindet sich in dem Falle Marchand's an der Grenze von Flexur und Rektum, in dem Falle Chiari's an der Grenze zwischen Colon descendens und Flexura. Die Frage nach der Ursache in dem erweiterten Darmabschnitt ist von entscheidender Bedeutung für die Therapie, vor allem für die Entscheidung der Frage, ob operatives Verfahren indiziert ist. P. findet die Ursache der Kotretention, mindestens in einem beträchtlichen Teil der Fälle, in einem unterhalb der erweiterten Partie befindlichen durch Abknickung bedingten Klappenverschluß, wobei es fraglich bleibt, ob diese Knickung als eine primäre Anomalie oder als eine Folge anderer angeborener Anomalien — abnorme Länge des Kolon?, — anzusehen ist. — Bei dem von P. beobachteten 15jährigen Knaben, bei welchem der erste Abgang von Mekonium erst am 17. Lebenstage und seitdem die Stuhlentleerung nur auf Einlauf mühsam erfolgt war, machte neben anderen Symptomen besonders die durch die Bauchdecken hindurch an der erweiterten Flexur erkennbare sehr kräftige Peristaltik, sowie die Tatsache, daß Wasser vom Anus ohne Schwierigkeit sich einspülen ließ, aber dann trotz im Anus liegenden Darmrohres stets lange Zeit zurückgehalten blieb, das Vorhandensein eines klappenartigen mechanischen Hindernisses unterhalb der Flexur wahrscheinlich. Nach Anlegung eines Anus praeternaturlis am Colon descendens und Entleerung enormer Kotmengen ließ sich das Vorhandensein eines ventilartigen Hindernisses dadurch nachweisen, daß sich Wasser ohne Schwierigkeit vom Anus zum Anus praeternaturalis am Colon descendens hindurchspülen ließ, während beim Einspülen von Wasser am Anus praeternaturalis die Flexur sich prall füllte, aber kein Tropfen aus dem im Rektum liegenden Darmrohr abfloß. Der, wie Laparotomie zeigte, durch Knickung bedingte Klappenverschluß wurde nach mehreren vergeblichen Operationen durch Resektion der Knickungsstelle beseitigt. Der seit einem halben Jahre geheilte Pat. wird vorgestellt.

Nach P. eignen sich für die operative Behandlung der Hirschsprung'schen Krankheit vor allem die Fälle, in welchen die klinische Untersuchung das Vorhandensein eines Klappenverschlusses an der Flexur wahrscheinlich macht. In solchem Falle ist zunächst die provisorische Anlegung eines Anus praeternaturalis am Colon descendens zweckmäßig; denn 1) kann dann die Hauptoperation zur

Beseitigung des Ventilverschlusses an einem gut entleerten und durch Durchspülung vorbereiteten Darme vollzogen werden, 2) hat sich vor dieser Hauptoperation der Organismus bereits an die durch die Darmentleerung bedingten eingreifenden Veränderungen — Tiefertreten des Zwerchfelles — gewöhnt und 3) ermöglicht die Anlegung des Anus praeternaturalis vermittels des genannten Durchspülungsversuches, die Existenz eines Klappenverschlusses mit Sicherheit nachzuweisen. Von den zur Beseitigung des ventilartigen Hindernisses in Betracht kommenden Methoden (Kolopexie, Enteroanastomose, Resektion der Knickungsstelle, Resektion der Flexur oder des Kolon) sind besonders die Kolopexie und, wenn diese nicht genügt, die Resektion der Knickungsstelle empfehlenswert. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Borelius (Lund): Es scheint mir fraglich, ob die Hirschsprungsche Krankheit überhaupt durch operative Eingriffe zu heilen ist; dies muß wohl auch eine offene Frage sein, solange wir über das eigentliche Wesen der Krankheit nicht mehr wissen als jetzt. Da aber die Krankheit, sich selbst überlassen oder mit inneren Mitteln, Elektrizität, Massage usw. auch noch so energisch behandelt, eine ziemlich schlimme Prognose hat, so müssen operative Heilungsversuche als unbedingt berechtigt betrachtet werden.

Ich habe vor etwa 2 Jahren einen 4jährigen Knaben operiert. Die Diagnose wurde quasi bei der Operation gemacht. Es fand sich eine kolossale Ausdehnung und Hypertrophie des Kolon, aber keine Abknickung oder ein mechanisches Hindernis anderer Art; die Ausdehnung schien auf die Flexura sigmoidea beschränkt zu sein. Ich machte dann am 10. Juni 1903 eine ausgiebige laterale Anastomose zwischen ab- und zuführender Schlinge der Flexura sigmoidea, dicht an deren Wurzel. Gleich nach der Operation besserte sich der Zustand. Nach 4 Wochen traten aber wieder Ileuserscheinungen mit Auftreibung des Bauches ein wie vor der Operation. Am 10. Juli 1903 wurde dann eine Darmresektion gemacht und die Flexura sigmoidea ganz fortgenommen. Nach dieser Operation blieb die Besserung anhaltender. Jetzt im April 1905, also beinahe 2 Jahre nach der Operation, ist der Zustand leidlich gut. Lavements mit Glyzerin oder Laxantien sind zwar immer vonnöten; das letzte Jahr hat Pat. ausnahmsweise einigemal Stuhlgang von selbst gehabt. Er ist aber seit der Operation nie bettlägerig, sein Bauch ist auch nie aufgetrieben gewesen. Insoweit ist also vorläufig eine bedeutende Besserung des Zustandes vorhanden. (Selbstbericht.)

Braun (Göttingen): Bei einem Kinde von $2^3/_4$ Jahren, schon recht elend, mit kleinem Pulse, wurde die Resektion gemacht; es starb im Kollaps. Die Autopsie zeigte noch den ganzen Bauch mit Dickdarm ausgefüllt. Will man operativ vorgehen, empfiehlt es sich, zuerst den Anus praeternaturalis anzulegen oder die Anastomose. Ein Knabe von 12 Jahren werde jetzt mit Öleinläufen behandelt und befinde sich dabei sehr gut. Christel (Metz).

Bertelsmann (Kassel): Die Pathologie der Hirschsprung'schen Krankheit ist eine so rätselhafte, daß es wohl angebracht ist, alle Tatsachen zusammenzutragen, die möglicherweise zur Aufklärung der Grundursachen dienen könnten. B. will deshalb zwei Fälle hier vorbringen, die er in den letzten Jahren behandeln konnte.

1) 9jähriger Junge, der, soweit seine und die Erinnerung seiner Eltern reicht, an Verstopfung litt. Stuhlverhaltung 7—8 Tage lang, dann Entleerung unter heftigen Schmerzen, meistens aber nur mit Kunstmitteln. Eine Reihe von Ärzten und Kurpfuschern sind bereits zu Rate gezogen worden. Elendes Kind mit dauernd stark aufgetriebenem Bauche, über der Symphyse eine stark geschwollene Darmschlinge sicht- und fühlbar. Operation wurde von B. zuerst abgelehnt, und durch Einläufe usw. ein palliativer Erfolg erzielt. Nach einem halben Jahre kam Pat. mit so erheblicher Vermehrung der Beschwerden wieder, daß aus Indicatio vitalis operiert wurde. Es fand sich der untere Leberrand in Nabelhöhe, der Magen zwischen Nabel und Symphyse, das Colon transversum in Symphysenhöhe. Das stark aufgetriebene Colon transversum war gegen das Colon descendens so abgeknickt, daß hier eine Art Klappenmechanismus vorhanden zu sein schien. Fixation der Leber an Zwerchfell und Rippenbogen, Verkürzung des Lig. hepatico-gastricum und gastro-colicum. Annähung des Colon transversum am oberen Wundwinkel, so daß der Knickungswinkel gegen das Colon descendens ausgeglichen wird. Am 2. Tage nach der Operation spontan normaler Stuhl, von da an regelmäßige Stuhlentleerung. Die Heilung hat jetzt $1^1/_4$ Jahr angedauert.

2) 4 Monate altes Kind, das schon in der ersten Lebenswoche eines Einlaufes bedurfte, später immer nur durch Nachhilfe. Allmählich Steigerung der Symptome, bis schließlich Ileus eintrat. Ein hinzugezogener Arzt erzielt durch Einlauf Stuhl, findet aber nach einigen Tagen alle Symptome verschlimmert, es ist Koterbrechen eingetreten. Deshalb Krankenhausaufnahme. B. fand ein jämmerliches vertrocknetes Kind, stark aufgetriebener Leib mit sichtbarer Peristaltik; es wird reichlich Dünndarminhalt erbrochen. Der ganze Zustand schien B. auf einem Sphinkterenkrampf zu beruhen. B. führte deshalb in den After eine Glasröhre ein, durch welche sich ganz dünner, furchtbar stinkender Kot im Strahle entleerte. Es entleerten sich schätzungsweise zwei Liter. Es ergab sich, daß am After einige kleine angeborene Angiome und einige Fissuren vorhanden waren. Durch die letzteren war der Sphinkterenkrampf veranlaßt worden. Es scheint fraglich, ob dieser Fall bei der Hirschsprung'schen Krankheit angeführt werden darf. B. möchte aber auf zwei Punkte die Aufmerksamkeit lenken.

1) Wäre das Kind gestorben, was ohne ärztliche Hilfe zweifellos geschehen wäre, so hätten wir auf dem Sektionstische einen Fall von Mastdarmdilatation und Ileus ohne rechten Grund gehabt. Denn vom Sphinkterenkrampf wäre nichts mehr zu sehen gewesen; die minimalen Fissuren hätte man kaum verantwortlich machen dürfen.

2) Es erscheint sehr wohl möglich, daß durch einen solchen Sphinkterenkrampf, wenn er lange genug anhält — und dies kann er, wie im vorliegenden Falle sehr leicht, da die kleinen Pat. im ersten Lebensjahre sich ja nicht über Schmerzen beklagen — eine Dilatation des Mastdarmes entsteht, die nicht mehr zurückgeht, wenn später der Sphinkterenkrampf ausgeheilt oder in Erschlaffung übergegangen ist.
(Selbstbericht.)

Kredel (Hannover) rät zu möglichster Zurückhaltung im Operieren. Mit ableitenden Mitteln, Beseitigung der Gasstauung wird das Leiden lange gut ertragen. So beobachte er ein Kind seit 4 Jahren. Die Operation leiste hingegen wenig. Wo sie aber nicht zu umgehen ist, warte man nicht zu lange! Er empfiehlt Faltung oder ovale Exzision.

Schlange (Hannover): Trotz hochgradiger Beschwerden können Kinder gut widerstehen. Er führte einmal die Kolostomie aus; die Beschwerden gingen zurück, die Fistel wurde geschlossen — und die Beschwerden waren wieder da.
Christel (Metz).

Franke (Braunschweig) bemerkt, daß er schon vor 6 Jahren den Vorschlag von Kredel ausgeführt hat. Diese »Coliplicatio«, die auf die ganz erfolglose Kolostomie in einem Falle von hochgradiger Erweiterung des Colon descendens bei einem jungen Mädchen folgte, hatte gar keinen Einfluß auf die auch hier bestehende schädliche Klappenbildung, trotzdem die Stelle derselben in die »Coliplicatio« mit einbegriffen war. Die daraufhin vorgenommene Einpflanzung des an der Flexura lienalis vom Colon descendens, das liegen blieb, abgetrennten Colon transversum in das Rektum hatte leider Peritonitis infolge von Gangrän des distalen Endes des Colon transversum und den Tod der Pat. zur Folge.
(Selbstbericht.)

---

37) **Heusner** (Barmen). Über die physiologische Bedeutung des großen Netzes.

Aristoteles betrachtete das große Netz als einen Schutz vor Abkühlung, Vesalius als eine Befestigung für das Querkolon, Fabricius ab Aquapendente als eine Vorratsfalte zur Erleichterung der Magenbewegungen. In neuester Zeit wurde dasselbe von verschiedenen Autoren zu einer Schutzvorrichtung erhoben, besonders von Albrecht, welcher seine Tätigkeit mit jener der Leukocyten vergleicht. Auch seine quere Lage direkt hinter den Bauchdecken, seine Fähigkeit, rasch zu verkleben, Flüssigkeiten, selbst Körnchen aufzusaugen, scheinen hierfür zu sprechen. Allein es gibt keine Organe für Ausnahmefälle, und die Funktionen der Leukocyten sind uns zu einem durchschlagenden Vergleiche selbst noch nicht genug bekannt. Das große Netz ist ursprünglich hervorgegangen aus dem hinteren Magenmesenterium, die Mesenterien aber sind Bänder zur Fixation des Darmes, und zwar zur beweglichen, sowie zur Zuführung

der Adern. Bei den embryologischen Evolutionen des Darmkanales, sehen wir die Mesenterien sich aktiv beteiligen, indem sie mit ihren freien Flächen in zwekmäßiger Weise sich verbinden oder getrennt bleiben, je nachdem es zur Fixation der betreffenden Eingeweide nützlich ist oder nicht. Mechanische Erklärungsversuche versagen hier; das Mesenterium besitzt ähnliche Kräfte, wie wir sie bei den Einfaltungen und Verklebungen des Amnios walten sehen. Auch das große Netz verhält sich wie die anderen Mesenterien, indem es auf dem Querkolon festwächst und für den Magen eine verschiebliche Befestigung bildet; es kann embryologisch als ein Haftorgan bezeichnet werden, welches namentlich für die aufrechte Haltung nötig und zweckmäßig ist. Weiteren Aufschluß liefert die Durchmusterung der Netzverhältnisse in der Säugetierreihe. Wir sehen hierbei, daß die Netzfixation hauptsächlich bei denjenigen Tieren ausgenutzt wird, welche sich durch heftige Bewegungen, schwere Eingeweide, Hinneigen zum aufrechten Gang auszeichnen. Während bei den niederen Säugetieren, namentlich den im Wasser lebenden, der Darm ohne besondere Fixationsvorrichtungen im hinteren Mesenterium hängt, ist bei Karnivoren, Nagern, Huftieren der Dickdarm durch Anschluß an das Mesoduodenum nach oben fixiert; beim Känguruh, beim Kaninchen und Pferd ist das Querkolon bereits am Netz angeschlossen. Beim Hund und der Katze ist die Netzschürze außerordentlich groß, und durch ihre Einklemmung zwischen Bauchwand und Darmknäuel, mit Hilfe des Luftdruckes, wird eine Art elastischer Fixation der Eingeweide erreicht, wie sie für diese Tiere zweckmäßig ist. Bei den Wiederkäuern ist der kolossale Magen durch eine sehr starke Netzdecke, die zu beiden Seiten des Bauches bis zum Becken hin festgewachsen ist und die Eingeweide wie ein geschlossener Sack umfängt, nach abwärts fixiert. Bei den Affen ist Kolonfixation am Netze umso stärker ausgebildet, je höher sie stehen. Bei den Antropomorphen sind die Verhältnisse ähnlich wie beim Menschen. Also auch entwicklungsgeschichtlich ist das Netz als ein Haftorgan charakterisiert, besonders für den Magen und für das Querkolon. Der frei herabhängende Netzteil mit seinen verwachsenen beiden Blättern ist beim Menschen überflüssig geworden; er ist als eine Reminiszenz an frühere Entwicklungstufen zu betrachten, als ein Rudiment, ähnlich dem Wurmfortsatze, der uns ebenfalls auf den früheren Besitz eines komplizierteren Darmkanales zurückweist.

Will man das Netz in seinem jetzigen Zustande als ein Schutzorgan auffassen, so ist hiergegen nichts einzuwenden, sofern man die zweckmäßige Fixation der Eingeweide als den ursprünglichen, und Hauptzweck gelten läßt. (Selbstbericht.)

38) **Sprengel** (Braunschweig). Zur Thrombose im Gebiete der mesaraischen Gefäße.

Vortr. demonstriert zur Stütze seiner 1902 ausgesprochenen Ansicht, daß man am Darm einen hämorrhagischen Infarkt und anämische Gangrän unterscheiden müsse, je nachdem Arterie oder Vene, oder Arterie und Vene verstopft sind, ein Präparat, das einer 25jährigen mit unklaren Okklusionserscheinungen eingelieferten Frau entstammt. Bei der Operation fand sich der Dünndarm und ein Teil des Colon ascendens hämorrhagisch infarziert, das Coecum dagegen matsch, grau verfärbt, schlotternd. Die Kranke ging zugrunde. Die Sektion, bei welcher sorgfältig die Mesenterialgefäße präpariert wurden, ergab einen den Stamm der A. mesent. sup. füllenden Embolus (offenbar von einem Thrombus im linken Herzen stammend), die Arterie bis in die feinsten Verzweigungen thrombosiert; die Verzweigungen der Vene völlig frei bis auf die Vena ilio-coecalis post., welche, vermutlich unter dem Einfluß einer entzündeten Drüse, thrombosiert war.

Vortr. betrachtet diesen Befund, den er bei der Operation bereits vermutungsweise vorausgesagt hatte, als beweisend für die von ihm aufgestellte Theorie. (Selbstbericht.)

---

39) **Wilms.** Behandlung und Nachbehandlung der Leberrupturen.

In dem ersten Falle handelte es sich um einen Pat., dem eine Brechstange, die er in das Rad eines rollenden Eisenbahnwagens hineinsteckte, mit voller Wucht in die Magengegend schlug.

Bei der Laparotomie fand sich eine starke Ansammlung von dunklem Blut im oberen Bauchraum. In dieser Blutmasse lag nach der Milz zu der linke Leberlappen, der durch den Schlag gegen die Wirbelsäule abgequetscht worden war. Die Blutung war nach Eröffnung der Bauchhöhle eine sehr beträchtliche und schien sich bei Nachlassen der durch die Spannung der Bauchdecken erfolgten Kompression noch zu verstärken.

Als einziges Mittel, die Blutung, die von der Rückseite der Leber, Gegend der Vena hepatica, am stärksten war, zu stillen, erschien mir die Tamponade erfolgversprechend. Die Naht war technisch und auch wegen des Zeitverlustes unmöglich. Andererseits war für die Tamponade ungünstig, daß dem Tampon nach links kein Gegenhalt geboten wurde, um eine Kompression auszuüben. Trotzdem wurde versucht, durch sehr reichliche Tamponade die ganze Region zwischen Zwerchfell, Leber, Magen und Milz auszufüllen und dann durch teilweisen Verschluß der Bauchdecken den Tampon fest gegen die Wirbelsäule zu pressen. Gegen Erwarten gelang es dadurch, der Blutung Herr zu werden. (Demonstration des abgetrennten Leberlappens). Die Heilung verlief ohne Komplikation.

24 Stunden später wurde der zweite Fall von Leberruptur eingeliefert, dessen Präparat gezeigt wird. Durch Quetschung zwischen

zwei Puffern war eine Verletzung zustande gekommen, durch die ein großer Teil des rechten Leberlappens zertrümmert war. Auch hier ließ sich durch Tamponade die Blutung gut stillen. Die Heilung schien ohne Störung zu verlaufen bis zum 7. Tage. Pat. war sehr unruhig und unverständig. Am 7. Tage trat Fieber und Durchfall ein. Pat. ging am 12. Tage unter septischen Erscheinungen zugrunde. Das Präparat, in Kayserling konserviert, zeigt ausgedehnte Nekrosen.

Im Anschluß an diese Fälle von schwerer innerer Blutung weist W. darauf hin, daß in solchen Fällen der Wasserverlust im wesentlichen durch Kochsalzeinläufe ausgeglichen worden ist. Er erwähnt das besonders, weil er auf Grund einer ausgedehnten, jetzt 7jährigen Erfahrung der Meinung ist, daß die subkutane Infusion fast völlig durch Einläufe mit physiologischer Kochsalzlösung und die Resorption vom Mastdarm aus ersetzt werden kann. Einmal ist die Aufnahme der Flüssigkeit speziell unter dem Einfluß des Kochsalzgehaltes, wie wir durch experimentelle Erfahrungen wissen, aus dem Rektum eine enorm schnelle, zweitens vermag in dieser Form der Darreichung der Organismus die Menge, die er notwendig hat, selbst zu bestimmen, drittens ist die Therapie schmerzlos und viertens kann öfter und in kleineren Mengen die Flüssigkeit zugeführt werden (alle 4 Stunden etwa 500 g). Daß bis 2, 3 und 4 Liter vom Rektum pro Tag resorbiert worden sind, in Fällen von Blutung und bei Peritonitis, Verbrennungen usw., in denen ein großer Wasserverlust vorhanden, oder eine intensive Ausscheidung durch Drainage der Bauchhöhle usw. stattfand, ist nichts Ungewöhnliches. Auch bei Fall 1 hat Pat. bis zu 3 Liter in den ersten Tagen per rectum resorbiert. Wassereinläufe leisten nicht dasselbe wie Kochsalzeinläufe, da gewöhnlich der Wassereinlauf durch die Peristaltik zum Teil wieder ausgetrieben wird.

W. bemerkt ferner, daß auch bei allen Laparotomien (Mastdarmoperationen natürlich ausgeschlossen), bei allen schwereren Blutverlusten Kochsalzeinläufe in Leipzig in reichlichem Maße vorgenommen werden mit sehr zufriedenstellendem Resultat. Es läßt sich eine einfache Erklärung für die gute Wirkung der Einläufe aus den Untersuchungen von Romberg und Pässler erschließen, welche bekanntlich die Ursache des Kollapses nicht in einer Schwäche des Herzens fanden, sondern in einer Lähmung der Splanchnicusgebiete mit Erweiterung der Gefäße. Eine direkte Füllung dieser Gefäßgebiete und damit der Gefäße überhaupt wird durch die Kochsalzeinläufe erreicht.

(Selbstbericht.)

---

40) **Payr** und **Martina** (Graz). Experimentelle und klinische Untersuchungen über Leberresektion und Lebernaht. (Magnesiumplattennaht.)

P. hat vor mehreren Jahren schon empfohlen, Magnesiumplatten, durchlocht, mit Catgutfäden armiert, zur Naht par-

enchymatöser Organe zu verwenden. P. und M. haben jetzt die damals begonnenen Versuche wieder aufgenommen, und wird über eine größere Zahl von Tierversuchen (ca. 50) an Hunden und Kaninchen berichtet.

Das ausgezeichnete Verfahren der intrahepatischen Ligatur von Kusnetzow und Pensky, sowie dessen praktische Ausgestaltung durch Anschütz, v. Mikulicz und Kader wird vollauf gewürdigt.

Das von P. und M. angewendete Verfahren der Plattennaht kann in sehr verschiedener Art zur Ausführung kommen.

a. Resektion gestielter oder einer Stielbildung fähiger Geschwülste der Leber.

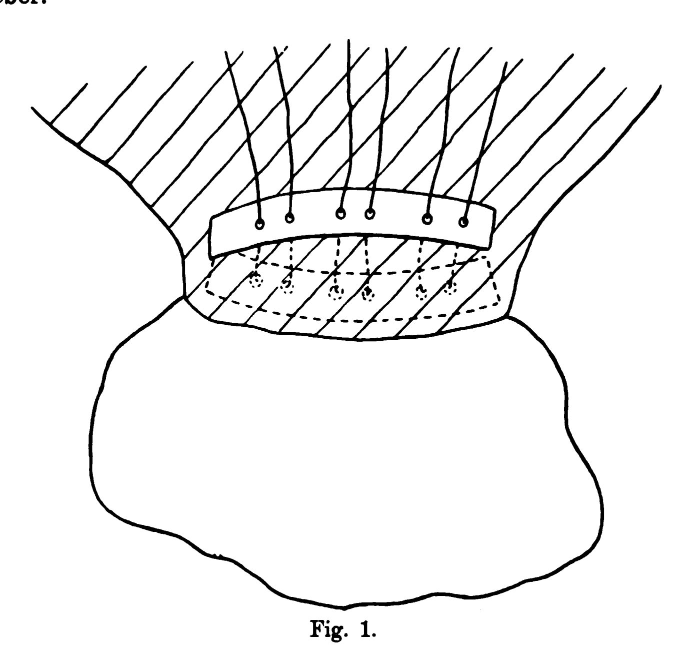


Fig. 1.

Präventive Durchlegung von Catgutfäden durch den Stiel. Sowohl auf die Konvexität, wie auf die Konkavität des Organes kommt je eine mehrfach gelochte Magnesiumplatte. Die Fäden werden durch die Löcher durchgefädelt; nun werden die Platten durch Anziehen der Fäden mäßig fest gegen die Leber angedrückt, die gekreuzten Fadenenden mit Schiebern fixiert erhalten und in langen Zügen die Resektion womöglich in Keilform ausgeführt. Es strömt nun Blut und Gewebsflüssigkeit ab, der Stiel wird dadurch etwas dünner. Erst jetzt zieht man die Fäden noch etwas fester an und knüpft sie, so daß die Plattenpaare nun gegen einandergedrückt und fixiert sind. Fig. 1 u. 2.

Die Platten sollen, wenn möglich, so angelegt sein, daß sie direkt die Wundflächen, die nach der Keilresektion zurückbleiben, gegeneinander drücken. Fig. 3.

Durch die Druckwirkung von Fäden und Platten werden alle venösen Gefäße zusammengedrückt, die arteriellen nicht immer; letztere, gewöhnlich in sehr geringer Zahl, kann man leicht gesondert unterbinden.

b. Resektion von keilförmigen Stücken aus der Leber, jedoch nicht durch die ganze Dicke des Organes gehend.

Zu beiden Seiten des Defektes wird eine gelochte Magnesiumplatte, ziemlich weit von diesem entfernt, angelegt; ein möglichst senkrecht zur Leberoberfläche eingeführter Catgutfaden drückt beim Anziehen mittels der Platten die Wundflächen zusammen. Fig. 4.

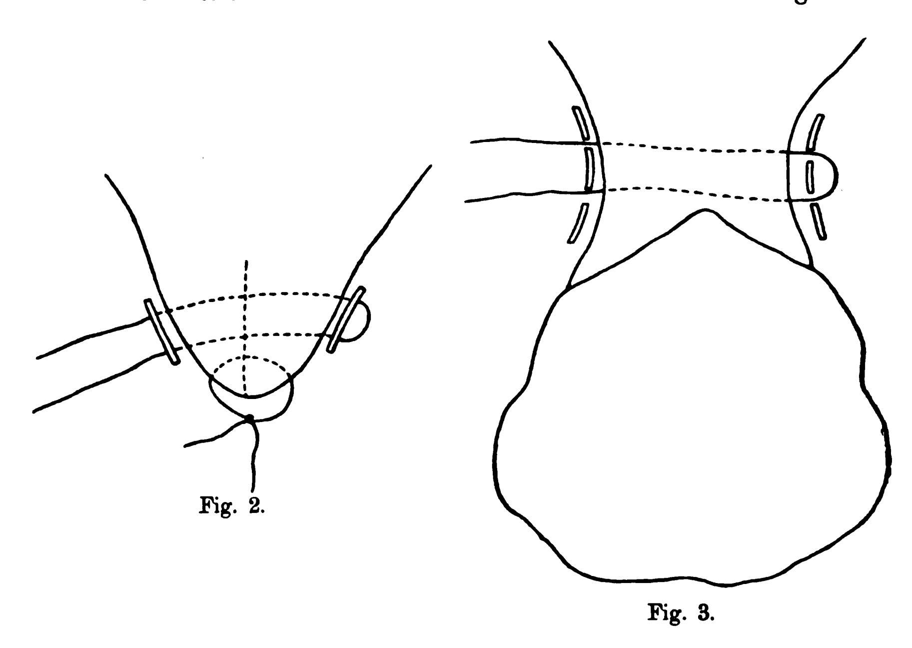


Fig. 2.

Fig. 3.

c. Resektion keilförmiger Stücke aus der ganzen Dicke des Organes.

Hier sind mehrere Möglichkeiten zu erzielen. Einmal Naht wie bei b, jedoch sowohl an der Konkavität als an der Konvexität.

Dann Anlegen zweier länglicher Platten an die Leberkante, Armierung mit Catgutfäden; beim Zusammenziehen kommen die Wundflächen in völligen Kontakt. Fig. 5.

Durch eine Art Faltenbildung bei nicht allzugroßer Dicke des Organes, sowie mit gerader Nadel durchgelegte Doppelfadenschlinge läßt sich gleichfalls befriedigende Kompression erzielen.

Endlich wird noch einer Art des Nähens mit Verwendung von vier Magnesiumplatten Erwähnung getan. Zwei liegen an der konvexen, zwei an der konkaven Seite des Organes, je zwei rechts und links von dem Defekte. Fadendurchschlingung und Knüpfung an den jeweiligen nicht korrespondierenden Platten. Z. B. konvex liegende

Platte rechts wird mit konkav liegender Platte links verknüpft, die durch das Leberparenchym führenden Fäden kreuzen sich. Durch diesen Nahttypus werden die Wundflächen fest aneinander gedrückt. (Fig. 6.)

Verschiedene Kombinationen der Fadenführung und Plattenanlegung werden durch zahlreiche Abbildungen erläutert.

Verwendet wurden hauptsächlich gerade Nadeln, ähnlich jenen Kusnetzow's; als Nahtmaterial Jodcatgut.

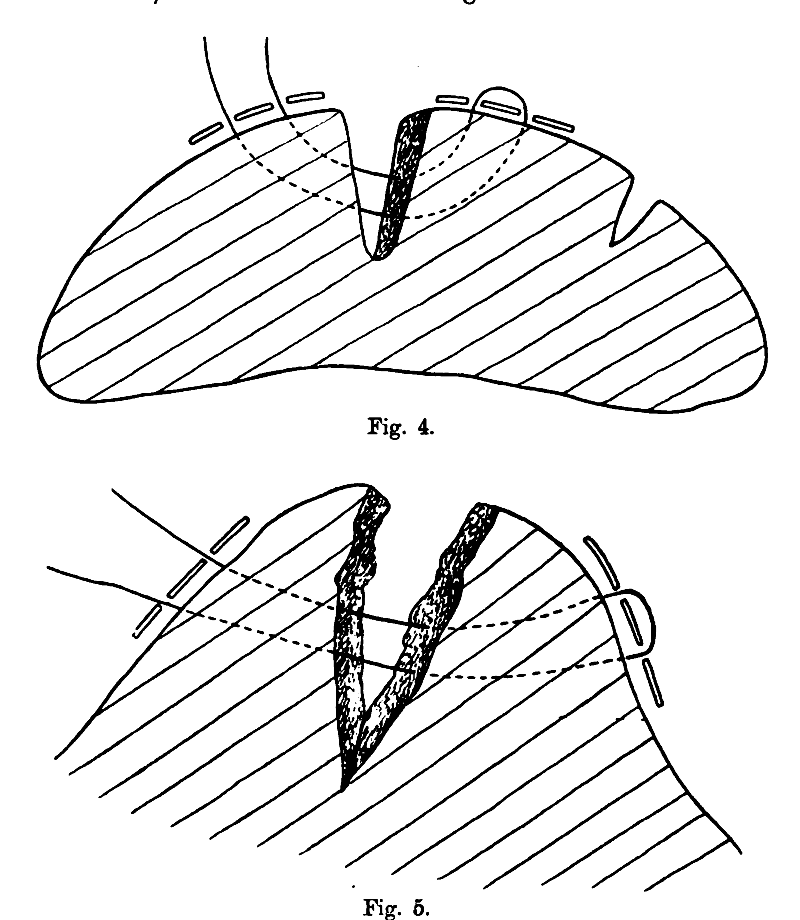


Fig. 4.

Fig. 5.

Die Magnesiumplatten lassen sich mit jeder Gartenschere beliebig schneiden, mit Kupierzangen durchlöchern, durch Einlegen in Essigsäure beliebig verdünnen (s. Fig. 7—10).

Allzufestes Zusammenschnüren der Fäden ist zu widerraten, da kleinere oder größere Drucknekrosen die Folge sein können. Zu gleicher Zeit findet man Thrombose von Lebervenen in dem zu stark gedrückten Gebiete; wahrscheinlich sind solche Drucknekrosen die Ursache ab und zu nach diesen Eingriffen auftretender Pneumonien

bei den Versuchstieren (Leberzellenembolie). Sie lassen sich jedoch, als durch einen offenkundigen Kunstfehler verursacht, leicht und sicher vermeiden.

Plattennahtverfahren sind in der Leberchirurgie nichts ganz Neues. Fischbeinstäbchen, Knochenplatten, Elfenbeinröhrchen hat man schon verwendet (Ceccherelli, Segale, Beck).

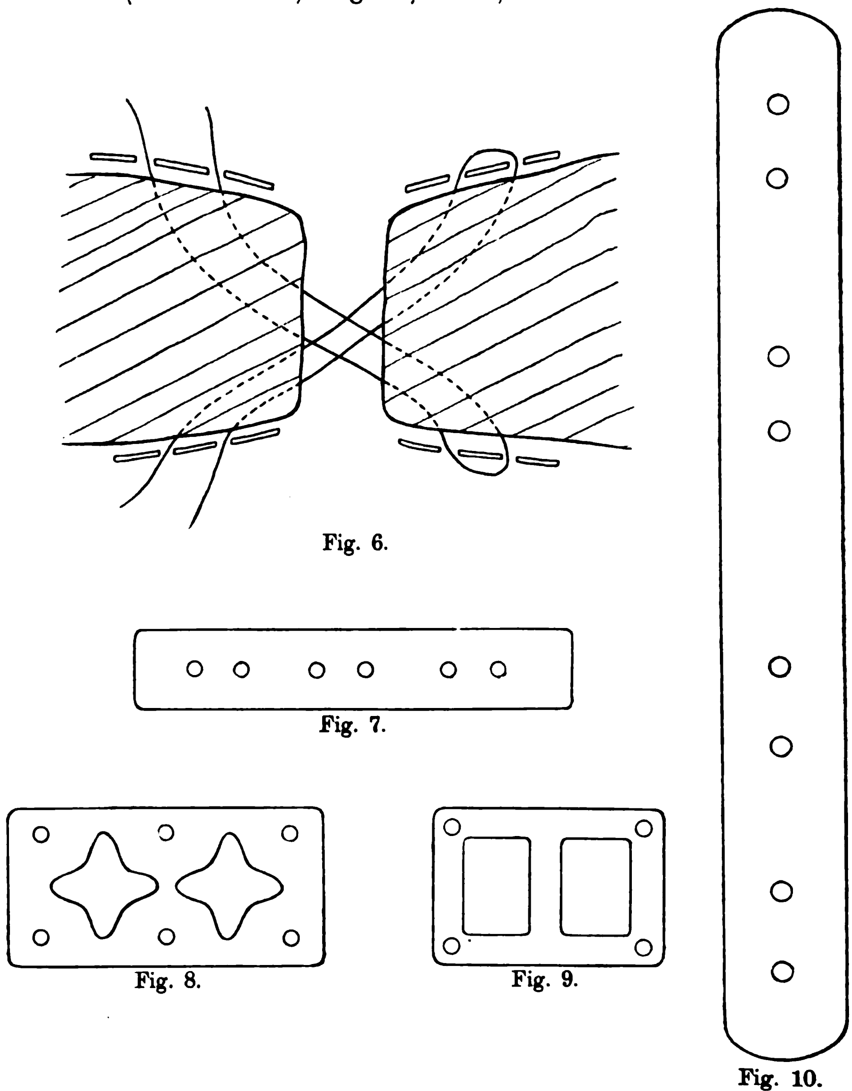


Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 8.

Fig. 9.

Fig. 10.

Neu ist die Art des verwendeten Materiales, sowie manches Technische in der Nahtanlegung.

Das Magnesiummetall bildet in der Bauchhöhle stets an seiner Einpflanzungsstelle eine massige bindegewebige Neubildung, die von Gascysten durchsetzt ist.

Bei der Lebernaht ist die zeitliche Reihenfolge ihrer Entstehung etwa folgende: geringe noch austretende Blutmengen gerinnen über der genähten Leber. Es bildet sich von diesem Blute sowie infolge des Fremdkörperreizes ein Fibrinniederschlag, der schon nach ca. 24 Stunden die Magnesiumplatten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unsichtbar macht. Zu gleicher Zeit beginnt aber schon die chemische Tätigkeit des Metalles. Dasselbe hat die Eigenschaft, das Wasser des tierischen Gewebes in H und O zu zerlegen. Zuerst also wird die Fibrinschicht mit Wasserstoffblasen versehen und aufgebläht; ca. 60—72 Stunden. Die Fibrinmassen sind rötlich und bilden, wenn sie durch Gasblasen aufgebläht sind, den Anblick eines dunkelroten, halbkugligen Tumors an der Nahtstelle. Schon nach 2 weiteren Tagen, also ca. am 5. Tage, wird die Farbe an der Resektionsstelle heller, mehr grauweiß. Das Fibrin fängt an, sich in zartes, neues Bindegewebe zu verwandeln. Auch in diesem sind zahlreiche Gascysten vorhanden.

Durch diese aufblähende Wirkung des Wasserstoffgases nimmt jene, in diesem Stadium der Zuckergußleber etwas ähnlich aussehende Bindegewebsneubildung noch an Größe zu und bedeckt vollständig die genähten Leberpartien. Es bilden sich nur zuweilen mit den Nachbarorganen, wie Magen, Darm, Zwerchfell, fast immer aber mit dem großen Netz Verklebungen aus.

Etwa bis zum 14. Tage post op. nimmt jene Bindegewebsgasgeschwulst an Größe zu. Eigentümlich ist, daß manchmal Adhäsionen mit anderen Organen gänzlich fehlen, während sie in anderen Fällen vorhanden sind.

Nun beginnt allmählich die Rückbildung jenes gasgeblähten, zarten Bindegewebes. Es wird kompakter, offenbar mit der fortschreitenden Resorption des Magnesiummetalles und der dementsprechend geringer werdenden Gasbildung.

Die zu dieser Rückbildung erforderliche Zeit schwankt ungemein.

In einem Falle von 3 Wochen Beobachtungsdauer sieht man z. B. an der Leberkonvexität nur eine weiße, bindegewebige Schwiele, die der Narbe einen großen Grad von Festigkeit verleiht. Durch Bedecken der Nahtstelle mit Netz kann man Adhäsionen mit anderen Organen ganz vermeiden. Bei querer Abtragung von Leberteilen bildet sich eine viel mächtigere Bindegewebsnarbe, als bei keilförmiger Resektion. Auch histologisch sind die Heilungsverhältnisse der Leberwunden nach diesem Nahtverfahren von P. und M. studiert worden.

Die Zeit, zu der die Resorption des Magnesiummetalles vollendet ist, unterliegt ziemlich bedeutenden Schwankungen. Man findet manchmal nach 3 Wochen ziemlich große Platten zur Hälfte resorbiert, manchmal nach 5 Wochen noch ebensogut erhaltene Reste. Die Versuchstiere wurden zu verschiedenen Zeiten, die zwischen 1 und 90 Tagen von der Operation entfernt lagen, getötet.

In keinem einzigen Falle wurde das Entstehen einer Peritonitis

oder das Auftreten einer Nachblutung beobachtet; kein Versuchstier ging an Verblutung zugrunde. Das Verfahren schützt also gegen Blutung aus der Resektionsstelle in außerordentlich sicherer Weise, und leistet dabei gewiß nicht nur die unter gleichmäßigem Druck bleibende Adaptierung beliebig großer Wundflächen vorzügliches, sondern ist ein Teil des Erfolges der so rasch adhäsionsbildenden, einzig dastehenden Eigentümlichkeit des verwendeten Magnesiummetalles zuzuschreiben.

Anschütz hat eine Reihe von Bedenken gegen die von Ceccherelli, Bianchi, Segale und Beck vorgeschlagenen Verfahren geäußert; dieselben sind gewiß zum Teil berechtigt, sie betreffen insbesonders die Frage der Sicherheit der Blutstillung. Soweit sich überhaupt nach den von den Verff. angestellten Tierversuchen (es waren auch große Hunde darunter) urteilen läßt, leistet die Methode in dieser Beziehung alles wünschenswerte.

P. und M. berichten im Anschluß an ihre Tierversuche noch kurz über einen Fall von Leberresektion am Menschen unter Verwendung von Magnesiumplatten.

Es handelt sich um ein Gallenblasenkarzinom bei einer 54jährigen Frau von Hühnereigröße, bei gleichzeitigem Vorhandensein von Choledochussteinen. Dasselbe erschien zur Resektion geeignet, und wurde die krebsige Gallenblase in Form eines Keiles, die ganze Dicke der Lebersubstanz betreffend, exzidiert. Zwei 5 cm lange, 1,5 cm breite und 0,5 mm dicke Magnesiumplatten wurden zu beiden Seiten des Defektes an die Leberkonvexität gelegt und mittels Kusnetzow'scher Nadeln ein langer, dicker Jodcatgutfaden so durch die Löcher der Platten und das Lebergewebe bis nahe an die Konkavität des Organes geführt, daß beim Knüpfen der Fäden die Leberschnittflächen genau aneinander zu liegen kamen und die Blutung in exakter Weise gestillt wurde.

3 Tage nach der Operation starb die Kranke bei bis dahin vollkommen befriedigendem Allgemeinbefinden plötzlich unter den Erscheinungen einer Kreislaufstörung der Koronararterien des Herzens.

Das Verfahren der Magnesiumplattennaht eignet sich auch für andere parenchymatöse Organe (Milz). (Selbstbericht.)

---

41) Thöle (Danzig). Traumatische Leberwunden und die Operation von Lebergeschwülsten mit partieller Leberresektion.

T. spricht an der Hand von 10 tabellarisch-statistischen Tafeln über die operative Behandlung von traumatischen Leberwunden und die Operation von Lebergeschwülsten mit partieller Leberresektion. Ihm stehen 399 operativ behandelte Leberwunden und 148 Leberresektionen zur Verfügung.

Erst durch die zum Zweck der Blutstillung vorgenommene Laparotomie ist die Mortalität der Leberverletzungen gesunken, von 66,8%

bei exspektativer Behandlung auf 39,8%. Von Pat. mit offenen Leberverletzungen gehen mehr durch Infektion, besonders durch Peritonitis zugrunde, von solchen mit Rupturen aber starben mehr an Verblutung aus dem Leberriß selbst. Insgesamt starben mehr an Verblutung als an Infektion (71 : 59). Der Wert der Frühoperation wird statistisch nachgewiesen, ebenso das Sinken der Mortalität mit den Jahren, je allgemeiner die Frühoperation Geltung gewann. Die Prognose der Rupturen aber ist immer noch schlecht, weil die Frühdiagnose unsicher ist, und zu spät operiert wird.

Übergehend zu den Geschwulstoperationen wird zunächst die Schwierigkeit der Diagnostik betont, die große Zahl der Fehldiagnosen. Besonders erwähnt wird: 1) Die Häufigkeit einer tympanitischen Zwischenzone zwischen Tumor- und Leberdämpfung. 2) Die Unsicherheit der Magensaftuntersuchung, indem auch bei den verschiedensten Lebergeschwülsten Fehlen freier Salzsäure und Vorhandensein von Milchsäure konstatiert wurde. 3) Die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Leber- und Nierentumor, die oft nur mit Ureterensondierung und Kryoskopie zu stellen ist.

148 Leberresektionen weisen eine absolute Mortalität von 16,8%, eine relative von nur 6,08% auf. An Nachblutung gingen sicher nur zwei Operierte zugrunde.

Als beste Methode der Blutstillung werden intrahepatische, fest geschnürte, **das Parenchym bis auf die Gefäße durchschneidende** Massenligaturen empfohlen, welche zugleich präventive Blutleere und definitive Blutstillung besorgen. Vortr. benutzt zur Naht silberne Öhrsonden mit federndem stählernem Öhr und hat eine einfache neue Methode der Nahtlagerung in zahlreichen Tierexperimenten erprobt. Die Resektion verläuft unblutiger und einfacher, als wenn man nach Resektion unter präventiver Blutleere (Dahlgren's Aortenkompressorium wird empfohlen und demonstriert) die Gefäße isoliert unterbindet. Thermische Methoden und Tamponade vermögen nur parenchymatöse Blutung sicher zu stillen. Elastische Ligatur und Dauerkompressorien sind für Leberoperationen durchaus ungeeignet.

Die Massenligaturen werden, wenn möglich, in winklig geknickter Ebene angelegt, so daß die Resektion keilförmig gemacht und der Defekt durch Adaption der Wundflächen und tief durchgreifende dicke Catgutnähte geschlossen werden kann. (Auch zur Lebernaht ist die biegsame Öhrsonde sehr geeignet.) Dann wird die Leber versenkt und der Bauch geschlossen. Intraperitoneale Stumpfbehandlung ist der extraperitonealen vorzuziehen (90 : 41 Fälle).

Zum Schluß werden die Indikationen zur Leberresektion kurz besprochen: Da nur primäre und solitäre Tumoren zu resezieren sind, von den gutartigen nur eine beschränkte Zahl die Resektion verlangt, die bösartigen selten primär und ohne Metastasen vorkommen, wird eine Leberresektion immer zu den seltenen Operationen gehören. Betreffs Einzelheiten und Begründung der aufgestellten Behauptungen

wird auf ein demnächst in der Bibliothek v. Coler-Schjerning erscheinendes größeres Werk des Vortr. hingewiesen.

(Selbstbericht.)

42) **H. Haberer** (Wien). Experimentelle Unterbindung der Arteria hepatica.

Die noch immer geteilten Meinungen über die Gefährlichkeit bezw. Ungefährlichkeit der Unterbindung der Arteria hepatica beim Menschen veranlaßten die folgenden, in der v. Eiselsberg'schen Klinik in Wien ausgeführten Tierexperimente. Es wurde bei Hunden und Katzen, im ganzen bei 45 Versuchstieren, die Arteria hepatica in ihren einzelnen Etappen unterbunden, nachdem zuvor festgestellt war, daß bei den genannten Versuchstieren die anatomischen Verhältnisse im wesentlichen denen beim Menschen analog sind. Die Unterbindung der Arteria hepatica communis wird von den Tieren vertragen, bezw. hat keine gröberen Veränderungen der Leber im Gefolge, da sich durch die Arteria gastroduodenalis und die Arteria gastrica dextra ein Kollateralkreislauf einrichtet. Desgleichen kann man die Arteria hepatica propria vor Abgabe der Arteria gastrica dextra ohne Schaden für die Leber unterbinden, weil die Arteria gastrica dextra dann noch immer den Kollateralkreislauf unterhält. Die Unterbindung der Arteria hepatica propria nach Abgabe der Arteria gastrica dextra, oder was auf das gleiche hinauskommt, die Unterbindung der Endäste der Arteria hepatica propria in der Leberpforte schaltet auch nicht in allen Fällen die Arterie vollkommen aus, weil infolge vielfacher anatomischer Varietäten oft genug noch arterielle Äste, selbst mit Umgehung des Lig. hepatoduodenale, in die Leberpforte eintreten. Wo solche — ich möchte sagen — überzählige Äste nicht vorhanden sind, ist aber die Leberarterie durch Unterbindung nach Abgabe der Arteria gastrica dextra vollkommen ausgeschaltet, d. h. es tritt dann kein arterieller Ast mehr durch die Pforte zur Leber. In solchen Fällen gibt es nun häufig mehr oder minder ausgedehnte Nekrosen in der Leber. In vielen Fällen bleiben aber auch dabei Nekrosen aus, und die Leber unterscheidet sich dann in keiner Weise von einer normalen.

In der überwiegenden Mehrzahl solcher Fälle waren die Artt. phrenicae weiter als normal und konnten durch das Lig. coronarium bis in die Glisson'sche Kapsel verfolgt werden. Man muß annehmen, daß diese normalerweise recht kleinen Arterien einen Kollateralkreislauf besorgen können. Die radikalste Ausschaltung des extrahepatischen Teiles der Arteria hepatica wurde durch gleichzeitige Unterbindung der Arteria hepatica communis und der Arteria hepatica propria nach Abgabe der Arteria gastrica dextra erzielt. Die Resultate dieser Reihe decken sich im ganzen mit denen der eben besprochenen Reihe. Die Unterbindung eines einzelnen Astes der Arteria hepatica propria, also entweder des für den linken oder des für den rechten

Leberlappen bestimmten, schadet der Leber nicht, wie übrigens nach den übrigen Versuchsreihen auch erwartet werden konnte. Diese Versuchsergebnisse stützen sich vor allem auf die in jedem Falle schließlich ausgeführte sorgfältige Arterieninjektion nach Teichmann, wodurch 1) für jeden Fall genau entschieden werden konnte, was dabei unterbunden wurde und 2) festgestellt werden konnte, ob und in welcher Weise sich ein Kollateralkreislauf ausgebildet hatte. Aus diesen Versuchen wird für den Menschen der Schluß abgeleitet, daß die Unterbindung einzelner Äste der Arteria hepatica wohl ohne Schaden für die Leber ausführbar sei, daß die Unterbindung des Stammes nach Abgabe des letzten kollateralen Astes, d. h. der Arteria gastrica dextra, im Falle, daß es sich um eine, z. B. durch Aneurysma erkrankte Leberarterie handelt, ebenfalls ausgeführt werden dürfe, weil man in einem solchen Falle damit rechnen darf, daß bereits ein Kollateralkreislauf in Ausbildung sei. Die Unterbindung einer gesunden Arterie an genannter Stelle bei Menschen muß als zu gefährlich verworfen werden, weil der Kollateralkreislauf dabei ausbleiben und Lebernekrose die Folge sein kann.

Bei in einer größeren Versuchsreihe ausgeführten, ausgedehnten Leberresektionen hat sich die präliminäre Unterbindung des betreffenden zuführenden Leberarterienastes als ausgezeichnetes Blutsparungsmittel erwiesen. Bei gleichzeitiger Umstechung der sichtbaren, in den Resektionsbezirk fallenden Pfortaderäste konnte nahezu blutleer operiert werden. Ob das gleiche operative Vorgehen beim Menschen technisch leicht ausführbar ist, bleibt dahingestellt, wäre aber, wenn möglich, zu empfehlen. (Selbstbericht.)

Harnorgane und ihre Anhänge.

43) **Kümmell** (Hamburg). Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie.

Da die totale Entfernung der Prostata in Deutschland noch nicht die Anerkennung gefunden hat, wie bei den Chirurgen Amerikas, Englands und Frankreichs, glaubt Vortr. durch Mitteilung der von ihm operierten Fälle auf die Bedeutung dieses Operationsverfahrens hinweisen zu müssen.

K. hat im Laufe der Jahre die verschiedensten Operationsmethoden, welche zur Beseitigung der mit der Prostatahypertrophie verbundenen Beschwerden angegeben waren, ausgeführt und berichtet über die bei diesen 114 Prostataoperationen gemachten Erfahrungen.

Von 1886—1890 hat er in 9 Fällen nach vorheriger Sectio alta den in die Blase hineinragenden Mittellappen entfernt und 8 Heilungen mit spontaner Urinentleerung und einen Todesfall zu verzeichnen.

Die Bottini'sche Operation wurde 51mal ausgeführt; davon starben 2 im Anschluß an die Operation, 9 nach Wochen und Monaten, nachdem 7 von diesen letzten den Urin spontan entleert hatten. 5 Fälle wurden ohne Erfolg operiert. In einem Falle wurde die Operation nach 3 Jahren zum zweitenmal erfolgreich an demselben Pat. ausgeführt.

Die Kastration wurde 26mal, mit 2 Todesfällen, ausgeführt. Der Erfolg blieb nur in 2 Fällen aus, 2 wurden gebessert. Unter den Operierten waren Männer von 81 und 84 Jahren. In den entfernten Hoden wurden stets lebende Spermatozoen gefunden.

Die Resektion des Vas deferens wurde 7mal mit 3 Erfolgen und 4 Mißerfolgen ausgeführt.

Die totale Entfernung der Prostata wurde in 19 Fällen ausgeführt, in 15 Fällen wegen gutartiger Hypertrophie der Prostata und 4mal wegen Karzinom.

10mal wurde die perineale, 9mal die suprapubische Operation angewandt. Im Anschluß an die Operation starben 4 Pat., 2 an Hypertrophie, 2 an Karzinom leidende an Lungenembolie, Pneumonie und Sepsis. 2 wegen Prostatakarzinom Operierte starbe nach 4 und 7 Monaten. 1 Pat., bei welchem das Prostatakarzinom entfernt war, entleerte bei gutem Allgemeinbefinden den Urin ohne alle Beschwerden in normaler Weise spontan und starb 1 Jahr p. op. an Rezidiv und Metastasen in der Wirbelsäule.

K. hat die Prostatektomie nur bei länger bestehender, nicht zu beseitigender Retentio urinae ausgeführt. Die Entfernung der Prostata gelingt leicht, wenn es sich nicht um Karzinom handelt, und in richtiger Weise die Kapsel durchtrennt ist. Der Eingriff ist natürlich bei dem meist elenden Zustande der Pat. ein nicht leichter, dafür aber der Erfolg, was die Urinentleerung anbetrifft, ein guter, wenn Pat. die Operation übersteht. Bei allen von K. Operierten, welche geheilt wurden, war die Urinentleerung eine vollkommen spontane ohne jede Beschwerde, Residualharn gar nicht oder nur in geringer Menge vorhanden.

Als Kontraindikation sieht K. niemals zu hohes Alter an, wenn sonst Pat. ein gutes Allgemeinbefinden hat. Ausgedehnte Bronchitis, schwere Herzaffektionen, Lähmung des Detrusor und vor allem doppelseitige Nierenaffektion mit Insuffizienz, welche durch die Kryoskopie mit Sicherheit festzustellen ist, bilden Kontraindikationen gegen die Prostatektomie. Bei diesen Pat. führt K. die Bottini'sche Operation aus. Der suprapubischen Operation gibt K. den Vorzug. Im allgemeinen hat er auf perinealem Wege die Fälle operiert, bei denen die Prostata stark in das Rektum prominierte; bei stärkerem Hineinragen der Drüse in das Blaseninnere wird die Sectio alta ausgeführt. Cystoskopie ist vor der Operation anzuwenden. (Selbstbericht.)

---

44) **Czerny** (Heidelberg). Über Prostatektomie.

Die Prostatektomie hat in Deutschland noch nicht die Anerkennung gefunden, welche sie verdient, obgleich sie auf die anatomischen Arbeiten von Dittel und Zuckerkandl begründet ist und sicher nicht sobald in Vergessenheit geraten wird, wie es mit den sexuellen Operationen der Fall zu sein scheint.

Wenn bei Prostatikern Schwierigkeiten bei der Einführung des Katheters eintreten, wenn Schmerzen, Steinbildung oder Cystitis das Leiden unerträglich machen, ist heutzutage zweifellos die Prostatektomie indiziert. Mit der besseren Ausbildung ihrer Methode wird aber voraussichtlich schon die Notwendigkeit, regelmäßig den Katheter anzuwenden, allein hinreichen, um die Frage der operativen Entfernung der hypertrophischen Prostata in Erwägung zu ziehen. Wie die Verhältnisse heute liegen, kann dann bloß die Frage entstehen, ob die Bottini'sche Operation der Prostatektomie vorzuziehen sei? Die Bottini'sche Operation ist nach meiner Überzeugung bloß bei relativ kleiner Prostata mit ausgeprägter Prostataklappe, die man cystoskopisch nachweisen kann, indiziert. Sie heilt in geschickten Händen etwa ein Drittel der Kranken und bessert vielleicht noch ein zweites Drittel. Sie hinterläßt keine Fisteln und stört die Potenz lange nicht in dem Maße wie die Prostatektomie. Letztere hat vielleicht eine etwas größere Mortalität, sichert aber die Urinentleerung besser. Ob die perineale oder die transvesikale Prostatektomie (nach der Methode von Freyer) vorzuziehen ist, läßt sich heute noch nicht bestimmt sagen. Wahrscheinlich werden beide Methoden ihre bestimmten Indikationen bekommen. Die perineale Methode sichert besser die Drainage der Blase und ist bei bestehender Cystitis deshalb vorzuziehen. Sie hinterläßt aber leichter Fisteln und stört die Potenz mehr wie die transvesikale Methode. Die Mortalität scheint bei der transvesikalen Methode etwas größer zu sein (7 gegen 10%).

In der Heidelberger chirurgischen Klinik kamen nach der Zusammenstellung des Herrn Dr. Lewisohn von 1897—1904 143 Fälle von Prostataaffektionen in Behandlung, davon 18 maligne Neubildungen. Die gutartigen wurden 72mal konservativ, 31mal mit Bottini (davon 10 Heilungen, 6 Besserungen, 13 ohne Erfolg, 2 gestorben), je 1mal Kastration und Resektion des Vas deferens ohne Erfolg, 1mal die Punctio suprapubica, 5mal Prostatektomie durch die Sectio alta (3 Heilungen, 1 Besserung, 1 gestorben), 13mal durch die perineale Prostatektomie behandelt.

Bei den malignen Neubildungen der Prostata wurde 15mal auf die radikale Operation verzichtet, 1mal durch Sectio alta (gestorben), 2mal durch das Perineum die Exstirpation versucht (davon 1 gestorben). Im Jahre 1905 wurden 4 Hypertrophien der Prostata mittels Rückenmarksanästhesie durch Stovain behandelt.

Von den 19 perinealen Prostatektomien sind 2 gestorben (1 malignes Adenoma an Pyelonephritis und eine gutartige Hypertrophie am Abend der Operation durch Chok!).

Bei 6 trat vollständige Heilung, bei 7 Besserung ein, insofern als wohl spontan Urinentleerung ohne Schmerzen möglich ist, daß aber entweder leichte Inkontinenz oder Fisteln (4) bestehen. Die neuen Fälle versprechen gute Heilung sind aber noch zu kurz beobachtet.

(Selbstbericht.)

---

45) **Lexer** (Berlin). Radikaloperation eines Prostatakarzinoms.

Die vollständige Resektion eines fast faustgroßen karzinomatösen Prostatatumors samt dem entsprechenden Abschnitte der Blase und Harnröhre hat L. im Juni 1904 an einem 58jährigen Mann ausgeführt, freilich nicht mit dem Erfolg einer dauernden Heilung; denn es sind jetzt (nach 10 Monaten) Lymphdrüsenmetastasen aufgetreten. Trotzdem bietet die Ausführung der seltenen Operation einiges Interesse. Von einem bogenförmigen Schnitt aus, der den vorderen Umfang des Anus umfaßte, wurden zuerst das Rektum von dem Tumor und die seitlichen Verbindungen der Prostata gelöst, wobei die sehr erhebliche venöse Blutung durch feste Tamponade gestillt wurde. Darauf wurde an der Symphyse ein großer Lappen gebildet, indem ein horizontaler, dicht oberhalb der Peniswurzel laufender Schnitt beiderseits an dem äußeren Rektusrand etwa handbreit nach oben verlängert wurde. Mit diesem Lappen der Bauchwand blieb die ganze Symphyse im Zusammenhange, nachdem sie in etwas größerer Ausdehnung freigelegt und reseziert worden war, als dies Manz vorgeschlagen hatte. Dabei wurden die oberen und unteren Schambeinäste nach Lösung der Muskelansätze mit der Drahtsäge durchtrennt. Die Blutung aus der Umgebung des Tumors war nach dem Aufklappen des Weichteil-Knochenlappens sehr stark, aber nach ihrer Stillung die Übersichtlichkeit groß. Nachdem ein Längsschnitt durch die vordere Blasenwand die Ausdehnung des Tumors gezeigt hatte, und die Ureterenmündungen mit Sonden deutlich gemacht waren, wurde die Blase dicht unterhalb von ihnen quer durchschnitten und der Tumor aus seiner Umgebung gelöst, was infolge der perinealen Voroperation sehr leicht gelang. Schließlich wurde noch der Stiel des Tumors, nämlich die Harnröhre, in gehöriger Entfernung vom Karzinom durchtrennt. Als die seitlichen Gegenden nach Drüsen abgesucht waren, wurde sodann die Blasenwunde bis auf den untersten Winkel geschlossen. Die Vereinigung des letzteren mit der Harnröhre gelang erst nach Lockerung und Dehnung der Urethra. Der neugeschaffene Blasenhals war durch die erlittene Verkürzung soweit nach vorn verschoben, daß es unmöglich wurde die Symphyse an der alten Stelle wieder zu befestigen. Der Knochen hätte gerade die Nahtstelle gedrückt und gefährdet. Deshalb wurde auf die Knochennaht verzichtet und die Symphyse nur locker in die Lücke gelegt, nachdem die Tiefe der Wunde tamponiert worden war.

Im weiteren Verlaufe bildete sich die zu erwartende Harnfistel nicht, wie gehofft wurde, in der Dammwunde, sondern vorn, so daß sich später einige Sequester von der Symphyse abstießen. Die Fistel hat sich seit 4 Monaten vollkommen geschlossen, der Kranke ist zeitweise imstande, bis zu 3 Stunden seinen Urin zu halten; die Symphyse liegt locker in der Lücke des Beckenringes, von dessen Unterbrechung keinerlei Beschwerden zurückgeblieben sind. Ein örtliches Rezidiv ist nicht aufgetreten, wohl aber entwickelten sich in der letzten Zeit die erwähnten Lymphdrüsenmetastasen oberhalb und unterhalb des Leistenbandes. (Demonstration des Pat.) (Selbstbericht.)

Diskussion.

Preindlsberger (Sarajewo) berichtet über sechs Fälle von perinealer Prostatektomie und demonstriert die Präparate. In allen Fällen handelte es sich um zum Teil jahrelange konservative Behandlung, zum Teil um Undurchführbarkeit des Katheterismus, in allen Fällen um bereits infizierte Blasen. In allen Fällen wurde mit vollem Erfolge und ohne Folgen die Rückenmarksanästhesie durchgeführt.

Die beiden ersten Fälle verliefen ungünstig; in drei Fällen hatte P. einen vollen Erfolg, und bei dem letzten Fall ist die Wundheilung 4 Wochen post operationem noch nicht abgeschlossen, der Pat. ist aber bereits außer Bett und geht herum.

Der erste Fall betraf einen 65jährigen Bauer; es gelang wegen hochgradiger Zerreißlichkeit des Parenchyms nur eine partielle, ungenügende Exstirpation; der Pat. erlag einer Pyelitis bei gleichzeitiger Stenose und Insuffizienz der Aorta am 15. Tage nach der Operation.

Im zweiten Falle, 70jähriger Bauer, gelang die Exstirpation (Präparat); der Pat. erlag einem fortschreitenden Marasmus und chronischer Tuberkulose am 3. Tage post operationem.

Im dritten Falle, 63jähriger Bauer, gelang die Exstirpation mit Morcellement, wobei auch der scharfe Löffel zu Hilfe genommen werden mußte.

Am 1. Tage 39,5°; nach 4 Wochen Wunde bis auf eine kleine Fistel verheilt. Am 39. Tage geheilt entlassen: kontinent, kein Residualharn, noch mäßige Cystitis (Präparat).

Im vierten Falle, 72jähriger Rentner, 1 Jahr lang konservativ behandelt. Exstirpation in zwei Stücken (Präparat). Am 29. Tage Wunde trocken; am 32. Tage geheilt entlassen mit einer kleinen Fistel, die sich nach Abstoßung einer Ligatur schloß. Pat. kontinent, kein Residualharn, keine cystitischen Beschwerden.

Im fünften Falle, 79jähriger Hilfsbeamter, über 1 Jahr konservative Behandlung, wiederholte Spitalsaufnahme. Schwierige Exstirpation einer gut orangengroßen Prostata in zahlreichen Stücken (Präparat). Am 30. Tage Wunde trocken, am 38. Tage entlassen. Pat. kontinent, kein Residualharn, mäßige Cystitis.

Im sechsten Falle, 68jähriger Bauer, komplette Retention seit 2 Tagen, einige urämische Erscheinungen. Schwierige Exstirpation einer fast faustgroßen Prostata in zahlreichen Stücken (Präparat). 4 Wochen post operationem Wundheilung noch nicht abgeschlossen, Dauerkatheter konnte nicht regelmäßig angewendet werden, da eine enge Striktur des Orif. externum dessen Spaltung erfordert hatte. Pat. am 8. Tage p. op. aufgestanden und geht seitdem herum.

(Selbstbericht.)

Israel (Berlin): Nach den bisherigen günstigen Resultaten der Prostatektomie ist ihr die Zukunft gesichert. I. hält die suprapubische Methode für leichter und im Gegensatze zu Kümmell die Blasennaht für gefährlich, da der Dauerkatheter die tiefe Tasche des Prostatabettes nicht drainiere. Nur die Einlegung eines Drains durch Sectio mediana p. op. gestatte die Blase zu schließen. Im allgemeinen wird die Wahl des Weges — ob perineal oder suprapubisch — Geschmackssache bleiben.

Nicolich (Triest) verfügt über 31 Prostatektomien, von denen 12 perineal ausgeführt wurden, 19 suprapubisch. Er operiert nie nach akuter Retention, daher stets ohne Naht; unter seinen Geheilten befindet sich ein 83jähriger Mann mit 10jähriger Retention. Von seinen perineal Prostatektomierten hat er 2 verloren. Die Operation läßt sich ziemlich schnell ausführen, nicht einmal mit viel Blutverlust, und heilt in 17 Tagen bis 3 Wochen.

Freudenberg (Berlin) wünscht der Prostatektomie größere Beachtung, ohne daß man die Bottini'sche Operation vernachlässige. Die Indikationen lassen sich nicht nach Alter, Härte, Potenz usw. allein entscheiden, sondern andere Momente spielen mit.

Für die Bottini'sche Operation sprechen: 1) Die Pat. entschließen sich leichter, weshalb noch bei aseptischer Blase operiert werden kann. 2) Der Eingriff ist geringer. 3) Die Potenz bleibt erhalten. 4) Inkontinenz fehlt fast ganz, und 5) kommt es nicht zu Fistelbildung. Die Prostatektomie sei schließlich chirurgischer und radikaler; doch blieben Rückfälle nicht aus, und Narbenverziehungen würden beobachtet.

Küster (Marburg) hat nach 1889 etwa sechs Fälle von Hypertrophie mit partieller Ektomie behandelt und erzielte gute Leistungsfähigkeit; er ist später wohl davon abgekommen, fragt sich jedoch, ob die partielle Prostatektomie nicht auch jetzt noch ihre Indikationen habe? Sie schone die Harnröhre, und es blieben auch bei totaler Stücke zurück.

Riedel (Jena) versucht schon seit längerer Zeit mit partieller Exstirpation auszukommen, da er nach totaler Schlußunfähigkeiten fürchtet; man müsse doch die Retention bekämpfen und die Kontinenz erhalten. R. hülst mit dem scharfen Löffel aus, mit Vermeidung der Harnröhre; immerhin ist es schwer, sie nicht zu verletzen. Man ist

erstaunt über die Massen, die der Löffel herausbefördert. Doch ist auch dieser Eingriff nicht ungefährlich, und R. hat einen Todesfall erlebt.

Kock (Kopenhagen) fand, daß die partielle Exzision große Nachteile habe; er habe sie einmal gemacht; der Mann verlor seine Potenz und bekam einen Rückfall. K. rät, bei Prostatakarzinom als Palliativoperation die Resektion der Vasa deferentia auszuführen, was dekongestionierend wirke.

Frank (Berlin) hat nach Bottinioperation öfter beobachtet, daß die Lappen nach Ausheilung des Spaltes sich dachziegelförmig übereinander legen und natürlich wieder ein Hindernis abgeben. Deshalb hält er die transvesikale Methode für die der Zukunft.

Kümmell (Schlußwort) teilt die Besorgnisse von Israel nicht; er hat Pat. schon am folgenden Tage nach hohem Blasenschnitt außer Bett gebracht. Bei partiellen seien Überraschungen durch Zurückbleiben des Mittellappens zu befürchten, und die Harnröhre werde doch verletzt. Strikturen freilich beobachte man auch nach totalen Prostatektomien.

Christel (Metz).

---

46) **Rehn** (Frankfurt a. M.). Über Harnblasengeschwülste bei Anilinarbeitern.

Im vorigen Jahre erlaubte ich mir, Ihnen kurz über 23 Fälle jener Blasengeschwülste zu berichten, welche bei Farbarbeitern in Anilinfabriken beobachtet wurden. Ich konnte Ihnen in Aussicht stellen, daß ich dieses Jahr die Resultate einer Sammelforschung aus deutschen Fabriken zu ihrer Kenntnis bringen würde.

Leider ist diese Aussicht zu Wasser geworden. In letzter Stunde wurde mir mitgeteilt, daß die Sammelforschung noch nicht abgeschlossen sei. Wir müssen also abwarten, was das nächste Jahr bringt.

Inzwischen möchte ich nicht verfehlen, nochmals eindringlich auf diese Erkrankungen aufmerksam zu machen. Sie verdienen unsere höchste Teilnahme.

Als kleinen Ersatz gebe ich einen weiteren Beitrag in Gestalt eines Präparates, welches ich Herrn Dr. Albrecht verdanke. Mit gütiger Erlaubnis des Herrn Vorsitzenden möchte ich über den Sektionsbefund berichten, wie er sich als erster bei dieser Erkrankung herausgestellt hat.

Es war sehr gerechtfertigt, daß Herr Küster im vorigen Jahre die Frage stellte, wie sich die Nieren dieser Pat. verhielten. Ich mußte antworten, daß mir bisher nichts von einer Nierenerkrankung, bezw. Geschwulstbildung in der Niere bekannt geworden sei. Allerdings, fügte ich hinzu, Sektionen seien bisher noch nicht gemacht. Der erste Sektionsbefund brachte eine Überraschung.

Ich gebe kurz die Krankengeschichte:

Im Juli kam ein weiterer Pat. aus einer Anilinfabrik in unsere Behandlung. Er stand im Alter von 50 Jahren, klagte seit März über Harnbeschwerden, Schmerzen bei Entleerung des Urins, dünnen Strahl. Seit 7 Wochen öftere Blutungen! 18 Jahre lang war der Pat. in einem Anilinraum beschäftigt gewesen. Die cystokopische Untersuchung ergibt eine blumenkohlartig von dem Blaseninnern sich abhebende Geschwulst, von deren unterem Pol eine mäßige Blutung ausgeht. Sie sitzt in der Gegend des rechten Harnleiters.

Bei der Operation finden sich der eben beschriebene und noch ein kleiner Tumor. Der größere wird mit der unterliegenden Blasenwand exstirpiert, der kleinere in der Schleimhaut umschnitten und abgetragen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Karzinom.

Die Operationswunde heilte langsam. Am 16. August bekam Pat. einen Schüttelfrost und Schmerzen in der linken Nierengegend! Darauf Wohlbefinden bis auf eine mäßige Cystitis. Am 2. September wird Pat. entlassen.

Am 24. Januar 1905 wird Pat. mit den Erscheinungen eines schweren Blasenkatarrhs wieder aufgenommen. Pat. blutet wieder. Er wird mit Urotropin und Blasenspülungen behandelt. Darauf Besserung, Pat. verläßt das Krankenhaus, da er sich nicht zu einer Operation entschließen kann.

Am 24. Februar kommt Pat. wieder mit völliger Harnverhaltung und hohem Fieber zur Aufnahme. Blase bis zum Nabel reichend. Die cystoskopische Untersuchung ergibt ein Rezidiv der Geschwulst.

Am 27. Februar zweite Operation:

Durch hohen Blasenschnitt und weite Ablösung des Bauchfelles von der Hinterwand der Blase wird der Tumor mit großer Mühe zugänglich gemacht. Es gelingt mir durch ein kombiniertes Verfahren vom Damm aus die mehr an die Prostata heranreichende Neubildung zu entfernen. Die Ureteren werden geschont.

In der Folge erholte sich der Pat. nicht, gibt öfters unklare Antwort. Die Temperatur ist meist normal oder subfebril, steigt nur wenige Male für kurze Zeit etwas höher. Schließlich liegt Pat. unbesinnlich da. Der Exitus erfolgte am 18. April 1905.

Die Sektion, von Herr Dr. Albrecht ausgeführt, ergab folgendes Resultat:

Karzinom der Blase, Karzinom des rechten Ureter, Karzinom der rechten Niere.

Metastasen hauptsächlich in den Lumbaldrüsen. Thrombose der Vena cava inf.

Es erwuchs nun die Frage: Sind diese drei Karzinome primär gleichzeitig entstanden, oder ist ein Tumor primär und die beiden anderen auf metastatischem Wege entstanden?

Nach genauer Untersuchung des bei der Sektion gewonnenen Präparates ist Herr Dr. Albrecht zu folgender Auffassung gekommen:

1) Die (hauptsächlich rechtsseitigen) Lumbaldrüsenmetastasen rühren nicht von der Blase, sondern von der rechten Niere her; in der Blasenwand nur links und rechts je eine untere iliakale, untersten und linken lumbalen Drüsen frei, zum Teil entzündlich vergrößert; also keine Kontinuität.

2) Die rechte Niere, d. h. deren Becken, ist primär oder doch originär befallen: Die Verwachsung mit den Lymphdrüsen ist nur entzündlich, kein kontinuierliches Fortwachsen des Karzinoms von ihnen ins Nierenbecken. Die Thrombose der Vena cava inferior wahrscheinlich von der rechten Nierenvene. Das Nierenbecken, bezw. die tiefste Markpartie, bildet den Ausgang des Karzinoms; Beweis: die größtenteils noch rindenwärts vom Tumor erhaltenen Calices.

3) Auch für den Ureter ist ein kontinuierliches Fortwachsen einer Drüsenmetastase in seine Wand nicht anzunehmen; er war leicht abzuschälen und ist also entweder primär (?) oder durch sekundäre (Schleimhaut-?, Lymphweg-?) Implantation erkrankt.

4) Für die Blasenerkrankung ist aus dem einen Falle nichts quoadorigo tumoris auszusagen. Der Gedanke einer Implantation vom Nierenbecken her ist angesichts dieser Möglichkeit sub 3) nicht auszuschließen, zumal der Blasenkatarrh wohl älteren Datums.

Mikroskopisch zeigen die Tumorpartien an allen drei Stellen im wesentlichen das gleiche Bild:

In den oberflächlicheren Lagen (in der Blase meist nekrotisch) ein vielschichtiges Epithel vom Typus des Übergangsepithels (oft mit typischen Deckzellen), ohne scharfe Grenze übergehend in die Zellbalken der tieferen Abschnitte, welche den Bau des Carcinoma solidum mit polymorphen, oft vielkernigen, häufig nekrotischen Epithelien (Zelleinschlüsse!) zeigen; das Bindegewebe wenig reichlich.

Auffallend bei allen drei Tumoren die ausgeprägte Neigung, überwiegend in der Fläche, weniger in die Tiefe sich auszubreiten (s. die Schilderung des makroskopischen Verhaltens).

Man sieht also, daß an allen drei Orten Karzinom vom Typus des Epithels der Harnausfuhrwege (Nierenbecken, Ureter, Blase) vorliegt.

Ein Nachweis für die Fortleitung von einem der drei Herde zum anderen durch Lymphgefäße ist nirgends erbringbar, und auch für die Beziehungen zwischen dem Nierenbecken- und Uretertumor fast ausgeschlossen.

Implantation an sich höchst unwahrscheinlich, nur dadurch näher gerückt, daß bloß auf einer Seite der Ureter befallen.

Vorläufig also am wahrscheinlichsten die Annahme, daß es sich um eine spezifisch auf das »Übergangsepithel« bezw. die betreffenden Schleimhäute im allgemeinen wirksame Noxe handelt. Unbedingt muß aber einem definitivem Schluß die Vergleichung einer größeren Anzahl von Fällen vorangehen. (Selbstbericht.)

---

47) **Weinrich** (Berlin). Intravesikale Operation von Harnblasengeschwülsten.

W. berichtet über die intravesikale Operation von Harnblasengeschwülsten nach Nitze's Methode. Das Operationcystoskop Nitze's besteht bekanntlich aus Cystoskopen, die mit verschiedenartig geformten Platinschlingenträgern und Platinbrennern armiert sind. Mit diesen werden gutartige Blasengeschwülste von einfachen Zotten bis apfelsinengroßen Papillomen in einigen wenigen, bis 10 und 20, Sitzungen unter direkter Beobachtung durch das Cystoskop per urethram entfernt, und die Tumorbasis dann selbst energisch, wenn notwendig in mehreren Sitzungen, kauterisiert. Maligne Blasentumoren sind von dieser Behandlungsmethode ausgeschlossen.

Die großen Vorteile dieser Operationsmethode Nitze's sind ihre geringe Gefährlichkeit für die Kranken (von 150 Operierten nur ein Todesfall), ferner daß sie keine Narkose und kein Krankenlager erforderlich macht und an Gründlichkeit der Sectio alta nicht nachsteht. Die galvanokaustische Behandlung der Tumorbasis nach Entfernung der Zottenmassen erfolgt mindestens ebenso energisch als mit dem Messer bei Sectio alta. Die Rezidive nach dieser intravesikalen Methode sind wesentlich seltener als nach Sectio alta. Dazu kommt, daß für den Fall eines Rezidivs die Kranken sich viel eher und leichter zu einer nochmaligen operationscystoskopischen Sitzung entschließen zur Wiederholung der Sectio alta als vielleicht schon $^1/_2$ Jahr nach der ersten Operation. Der Wert der Nitze'schen Methode ist natürlich um so markanter, je früher die Papillome diagnostiziert werden; deshalb sollte bei jeder, auch nur einmaligen, Hämaturie, bei dem geringsten Verdacht auf Tumor der Harnwege auch cystoskopisch untersucht werden.

Nitze hat mit seiner intravesikalen Methode bis jetzt über 150 Papillome operiert, von denen nur 20 Rezidive aufwiesen, die dann aber in einer oder wenigen Sitzungen wieder beseitigt wurden. Der intravesikalen Methode Nitze's zur Operation von Blasentumoren gebührt daher neben der Sectio alta ebensosehr der Platz, wie der Litholapaxie für die Steinoperation.

Hinsichtlich der malignen Harnblasentumoren steht Nitze auf dem Standpunkte, daß nur solche Tumoren — durch Sectio alta — entfernt werden sollten, deren Sitz die teilweise Resektion der Blasenwand gestattet; alle anderen breitaufsitzenden Blasentumoren bleiben besser ein Noli me tangere, da sich die Pat., selbst wenn sie den Eingriff überstehen, sicher nicht in besserem Zustande befinden als ohne Operation. (Selbstbericht.)

---

48) **Lampe** (Bromberg). Demonstration eines seltenen Präparates einer karzinomatös degenerierten Harnblase bei Ectopia vesicae.

Dasselbe stammt von einem 48jährigen sonst gesunden Manne. Das Karzinom hatte sich seit einigen Monaten durch Blasenschmerzen

und vor allem durch wiederholte Blasenblutungen bemerkbar gemacht. Exstirpation der Blase nach der von Sonnenburg für die Behandlung der Ectopia vesicae angegebenen Methode. Heilung. Mikroskopisch handelt es sich um ein Cancroid der Blasenschleimhaut. Wegen des kurzen Zurückliegens der Operation, und um das Präparat möglichst unversehrt demonstrieren zu können, steht die eingehendere mikroskopische Untersuchung desselben noch aus.

(Selbstbericht.)

---

49) **Th. Rovsing** (Kopenhagen). Über Indikationen und Resultate der Nierenexstirpation, speziell bei Nierentuberkulose.

Nicht ohne Bedenklichkeiten habe ich den ehrenvollen Auftrag übernommen, die Diskussion der vorliegenden wichtigen Fragen für diese werte Versammlung einzuleiten, teils weil ich als Fremder auf große Nachsicht bezüglich der Sprache mich verlassen muß, teils weil der Stoff im Verhältnis zur gemessenen Zeit so groß ist. Dieselbe erlaubt mir nur, in größter Knappheit die Resultate meiner persönlichen Erfahrungen und Erwägungen darzustellen, ohne mich in Erwähnung und Schätzung der schon reichhaltigen Literatur zu vertiefen.

Meine Erfahrungen fußen auf 112 von mir persönlich ausgeführten Nephrektomien, deren Resultate und Verteilung auf die verschiedenen Krankheiten, die den Eingriff indiziert haben, ich in den beigefügten kurzen tabellarischen Übersichten dargestellt habe.

Die erste Bedingung für die Zulässigkeit einer Nephrektomie ist gewiß in allen Fällen die Existenz der anderen Niere als funktionsfähiges Organ. Es ist daher nicht zu verwundern, daß die Diskussion über Indikationen und Kontraindikationen der Nephrektomie bisher von der Frage der Nierenfunktionsdiagnostik ganz beherrscht worden ist. Wir müssen doch hierüber nicht vergessen, daß es auch eine Reihe von anderen sehr wichtigen Fragen gibt, deren Beantwortung zur Indikationsstellung ganz notwendig ist. Dieses macht sich insbesondere der Nierentuberkulose gegenüber geltend, und da die Abfassung der heutigen Diskussionsfrage verlangt, daß wir den Nephrektomieindikationen gerade bei Nierentuberkulose eine ganz besondere Aufmerksamkeit widmen sollen, finde ich es angezeigt, zuerst die für Nierentuberkulose speziellen Indikationsfragen zu erörtern, und erst später die für alle Fälle gemeinsame Frage der Funktionsfähigkeit der »anderen« Niere.

Wenn wir vorläufig davon ausgehen, daß die andere Niere gesund ist, gibt es bei Nierentuberkulose wesentlich drei für die Indikationsstellung der Nephrektomie wichtige Fragen.

1) Die erste Frage lautet: Wie ausgedehnt soll die tuberkulöse Affektion der Niere sein, um eine Nephrektomie zu indizieren? Hierüber machen sich drei verschiedene Anschauungen

geltend, die ich bezw. als die konservative, gemäßigte und radikale benennen kann.

Die konservative geht davon aus, daß jede Lokaltuberkulose die Möglichkeit einer Spontanheilung darbietet. Sie behauptet deshalb, daß eine Nephrektomie nicht indiziert ist, ehe eine langwierige innere Behandlung sich nutzlos gezeigt hat, und gefahrdrohende Symptome einer rasch vorschreitenden Tuberkulose sichergestellt sind. Nicht nur Internisten, sondern auch Chirurgen, sogar ein so bedeutender wie J. Israel, vertreten diese Anschauung.

Die andere, die gemäßigte Anschauung, welche u. a. Küster vertritt, erkennt, daß die Spontanheilung der Nierentuberkulose so außerordentlich selten ist, daß man mit dieser Möglichkeit nicht rechnen darf, daß man aber, wenn die Tuberkulose bei dem explorativen Eingriff auf einen Teil der Niere begrenzt zu sein scheint, diesen Teil durch Resektion entfernen soll.

Die dritte, die radikale Anschauung, für welche hier in Deutschland Kümmell, Schmieden, Wagner u. a. Fürsprecher sind, und an welche ich mich ganz und gar anschließe, sieht den sicheren Nachweis von einseitiger Nierentuberkulose für eine absolute Indikation zur Nephrektomie an.

Die Zeit mit interner Therapie in die Länge zu ziehen, halten wir für ganz unberechtigt, erstens weil die Spontanheilung — wenn eine solche überhaupt vorkommt — außerordentlich selten ist, zweitens weil die exspektative Behandlung die Pat. den großen Gefahren der metastatischen und kontinuierlichen Ausbreitung des Leidens nach den anderen Organen — speziell der anderen Niere — aussetzt.

Die Resektion verwerfe ich, weil meine Erfahrung mir immer und immer gezeigt hat, daß es ganz unmöglich ist, die Ausbreitung der Tuberkulose in der Niere, selbst bei vollständiger Spaltung derselben, geschweige denn bei partieller Spaltung oder bloßer Inspektion, zu beurteilen. Jedesmal, wenn ich geglaubt habe, einem einzigen Herde gegenüberzustehen, hat die spätere makro- oder mikroskopische Untersuchung andere über die Niere und Pelvis verbreitete Prozesse nachgewiesen, die sich nicht durch Explorativoperation entdecken ließen.

Ich plaidiere deshalb dafür, daß jede, auch anscheinend begrenzte Tuberkulose der Niere eine Nephrektomie indiziert.

2) Die zweite Frage lautet: Inwiefern kontraindiziert die Ausbreitung der Tuberkulose auf die Blase die Nephrektomie.

Diese schwierige Frage ist von der allergrößten praktischen Bedeutung, weil leider in einer außerordentlich großen Anzahl von Fällen erst eine Mitbeteiligung der Blase mit den schmerzvollen Tenesmen und terminaler Blutung die Gegenwart der Krankheit dem Pat. verrät und ihn zum Arzte führt.

Wir können es hier als schon festgestellt betrachten, daß kleine, auf die Umgebung der Uretermündung beschränkte tuberkulöse Eruptionen die Nephrektomie nicht kontraindizieren. Es liegen schon in der Literatur einzelne durch Cystoskopie sichergestellte Spontanausheilungen solcher Fälle vor, und ich selbst verfüge über fünf Fälle, wo eine vollständige spontane Ausheilung von kleinen tuberkulösen Ulzerationen oder miliaren Tuberkeln rings um die Uretermündung der Nephrektomie gefolgt und durch Cystoskopie sicher konstatiert ist. In dem ältesten dieser Fälle hat sich die Genesung jetzt über 10 Jahre erhalten.

Ganz anders hat es sich bis jetzt bei denjenigen Fällen herausgestellt, wo wir die Tuberkulose schon über große Partien der Blasenschleimhaut verbreitet vorfinden. Die meisten von Ihnen werden sicher die Erfahrung gemacht haben, daß die Nephrektomie in solchen Fällen ein äußerst zweifelhafter Gewinn ist, da die Pat. eben alle die peinlichen Symptome behalten und nur ihr qualvolles Leben einige Monate verlängern.

Diese pessimistische Auffassung war auch das Resultat meiner Erfahrungen, bis ich zuletzt, nachdem ich vergebens Sublimat- und Pyrogallussäure-Instillationen, Auslöffelung, Kauterisation, ja sogar Finsen- und Röntgenbehandlung durch eigens dafür konstruierte Röhren versucht hatte, eine einfache, überaus wirksame Methode zur Heilung der Blasentuberkulose gefunden habe, die ich mir deshalb hier ganz kurz zu beschreiben und Ihnen aufs wärmste zu empfehlen erlaube.

Ich spritze 100 ccm einer 5%igen, bis 38° C erwärmten Karbolsäurelösung in die Blase; nach 5 Minuten wird sie wieder durch den Katheter entleert, dann eine neue Portion eingespritzt — zwei- bis dreimal — bis die Lösung sich nicht mehr trübt. Diese Prozedur wird jeden zweiten Tag wiederholt, bis die Blasenschleimhaut cystoskopisch, der Harn mikroskopisch vollständig gesund gefunden wird. Erstaunlich rasch — oft binnen 2—3 Wochen — werden die Ulzerationen in glatte, blasse Narben verwandelt.

Durch die Resultate dieser Behandlung ist meine Auffassung bezüglich der Nephrektomieindikation in solchen Fällen gänzlich verändert worden. Von meinen 47 Nephrektomierten hatten nicht weniger als 23, d. i. 50%, Blasentuberkulose. 5 Fälle leichteren Grades heilten, wie erwähnt, spontan aus, in den übrigen 18 Fällen war die Tuberkulose schon vor der Nephrektomie über große Partien der Blase verbreitet oder verbreitete sich nach der Operation. Von diesen 18 Pat. sind die 7 ersten trotz Behandlung mit Sublimat, Pyrogallussäure, Auslöffelung usw. unter zunehmenden Qualen früher oder später der Krankheit erlegen, während von den 11 mit Karbol Behandelten 10 definitiv geheilt sind und der 11. auf gutem Wege dazu ist.

Ich halte deshalb jetzt eine weit vorgeschrittene Blasentuberkulose für heilbar und sehe nicht mehr eine solche als Kontraindikation für die Nephrektomie an.

3) Die dritte Frage lautet: **Inwiefern kontraindiziert Komplikation mit Genitaltuberkulose die Nephrektomie bei einseitiger Nierentuberkulose?** Es ist angezeigt, diese Frage hervorzuziehen, weil man immer wieder der Auffassung sowohl bei Internisten wie bei Chirurgen begegnet, daß eine Nephrektomie unter solchen Umständen nutzlos ist, da die Krankheit doch über mehrere Organe verbreitet ist. Sie weisen die Pat. auf Badekuren, Mastkuren usw. hin und raten von operativer Behandlung sowohl der Genital- wie der Harnwegetuberkulose ab.

Ich muß auf Grund meiner Erfahrungen einen entschiedenen Protest dagegen einlegen. Ein energisches Einschreiten auf beiden Seiten hat hier, wenn man nur nicht zu lange wartet, die schönsten Erfolge von Radikalheilung aufzuweisen, während eine exspektative, medizinische Behandlung früher oder später zu dem desolaten Bild einer aufsteigenden oder metastatischen doppelseitigen Nierentuberkulose führt. Es gilt daher, diese fatalen Möglichkeiten auszuschließen, während es noch Zeit ist. Deshalb sollen wir, sobald wir einem Pat. mit Genitaltuberkulose und gleichzeitiger Albuminurie gegenüberstehen, gleich die genaueste Untersuchung vornehmen: Cystoskopie, Ureterenkatheterisation und bakterioskopische Untersuchung des von jeder Niere aufgefangenen Harnes. Zeigt sich dann die eine Niere gesund, die andere tuberkulös, dann sollen wir schleunigst zur Exstirpation der kranken Niere und der tuberkulösen Nebenhoden oder Hoden schreiten.

Unter meinen 47 nephrektomierten Tuberkulosepatienten befinden sich 24 Männer. Von diesen litten nicht weniger als 10, d. i. 41,6%, an Genitaltuberkulose; 4 hatten doppelseitige, 6 einseitige Affektion. Die Kastration resp. Epididymisexstirpation wurde gewöhnlich in derselben Sitzung wie die Nephrektomie ausgeführt. Nur einer von diesen Pat. ist im Anschluß an die Operation gestorben; er hatte doppelseitige Nierentuberkulose und wurde nur wegen Mißdeutung des Resultates des Ureterenkatheterismus operiert. Alle die anderen sind vollständig geheilt, davon 3, die gleichzeitig an ausgedehnter Blasentuberkulose litten.

4) Wir gelangen nun zu der so viel diskutierten Frage: **ob und wie wir feststellen können, inwieweit die andere Niere als funktionsfähiges Organ existiere?**

Die Frage von der Gesundheit der »anderen« funktionstüchtigen Niere stellt sich gebieterisch ein vor jeder Nephrektomie, und wenn sie mit *nein* beantwortet wird, ist damit jede sonst völlig indizierte Nephrektomie absolut *kontraindiziert*. Diese Frage ist denn auch ebenso alt wie die Nierenchirurgie, indem ihr genialer Vater, *Gustav Simon* in Heidelberg, gleich vom ersten Anfang an die Notwendigkeit der Beantwortung derselben eingesehen hat. Aber nicht genug damit, hat *Simon* uns gleich den Weg gezeigt, auf welchem diese Frage beantwortet werden mußte: nämlich durch die *Ureterenkatheterisation*, und es gelang schon ihm, *betreffs der Weiber* diese Aufgabe zu lösen.

Ureterkatheterisation bei Männern blieb aber ein pium desiderium, bis im Jahre 1888 mein zu früh gestorbener Landsmann Axel Iversen uns gelehrt hat, die Ureteren durch eine Sectio alta zu katheterisieren. Diese Voroperation war doch zu ernst, um dem Verfahren Iversen's eine allgemeine Anwendung zu verschaffen. Es war der Ureterencystoskopie vorbehalten, die eigentliche Revolution auf diesem Gebiete hervorzubringen, wie diese Methode nach und nach durch zahlreiche Versuche hervortrat, von denen diejenigen von Nitze und Brenner als besonders verdienstvoll und bahnbrechend hervorgehoben werden müssen, bis es endlich Casper und später Albarran gelungen ist, uns ein Uretercystoskop zu konstruieren, dessen Anwendung so leicht und so sicher ist, daß jeder Chirurg nach einiger Übung die Ureterkatheterisation sowohl bei Männern als bei Frauen ausführen kann.

Hiermit hatten wir glücklich das Ziel erreicht, die Methode war leicht anwendbar gemacht, welche uns nach Simon's Meinung sichere Auskunft nicht nur über den Sitz der Krankheit, sondern auch von der Existenz der anderen Niere als funktionstüchtigem Organ geben sollte.

Aber sehr bald meldeten sich die neuen Bedenklichkeiten. Es giebt ja Fälle, wo eine tief erkrankte Niere einen ganz klaren, eiweißfreien Harn produziert — so bei Schrumpfniere, multilokularem Kystom, Hydronephrose, bösartigen Tumoren —, und es gibt andere Fälle, wo der Harn eiter- und eiweißhaltig ist und wo die Niere trotzdem imstande wäre, die ganze Funktion, wenn nötig, zu übernehmen. Wie sollte man es in solchen Fällen vermeiden, entweder inoperable Pat. zu nephrektomieren oder, was viel verhängnisvoller wäre, Pat., die noch durch Nephrektomie zu retten wären, diese Operation zu verweigern? Diese Frage hat, wie Sie alle wissen, in den letzten Jahren die Diskussion über Indikation und Kontraindikation der Nephrektomie ganz beherrscht und wird wohl auch heute unsere Diskussion großenteils beherrschen. Mehrmals haben wir geglaubt, eine sichere Methode zur Bestimmung der Funktionstüchtigkeit der Nieren gefunden zu haben, und noch stehen die Meinungen weit auseinander darüber, inwieweit diese Frage gelöst sei oder nicht.

Gemeinsam ist allen diesen Methoden das Prinzip, die von der Niere geleistete Arbeit, speziell die Ausscheidung fester Bestandteile, zu messen, um von der Größe derselben auf die Funktionstüchtigkeit der Niere zu schließen. Man hat dies zu erreichen versucht: 1) durch quantitative Bestimmung der von den Nieren ausgeschiedenen Harnstoffmenge nach Tuffier (1889); 2) durch die von Achard eingeführte Methylenblauprobe, infolge welcher wir die Funktionsfähigkeit der Niere durch die Schnelligkeit und Intensität, womit intramuskulär injiziertes Methylenblau ausgeschieden wird, sollen beurteilen können; 3) durch die Kryoskopie: Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und des Harnes, welche das Ausscheidungsvermögen der Niere nach Koranyi abspiegeln soll, und endlich 4) durch die

Phloridzinprobe: die Schnelligkeit und Intensität, womit die Nieren nach subkutaner Injektion von $^1/_2$—1 cg Phloridzin Zucker ausscheiden.

Die Methylenblauprobe hat sich nicht bewährt, indem es sich bald gezeigt hat, daß selbst äußerst degenerierte Nieren mit Leichtigkeit den Farbstoff passieren lassen. Völcker's und Joseph's Anwendnng von Indigokarmin ist insoweit eine Verbesserung, als dieses den Harn viel intensiver färbt, gibt aber auch keine sichere Auskunft über die Funktionstüchtigkeit der Niere.

Dagegen sind die anderen drei Methoden und insbesondere die Kryoskopie und die Phloridzinmethode in weiten Kreisen dafür angesehen, das Problem gelöst zu haben. Casper und Richter bezeichnen in ihrer verdienstvollen Arbeit: Funktionelle Nierendiagnostik (1901) alle drei Methoden als wertvolle, stellen aber die Phloridzinmethode in erste Reihe, die Kryoskopie in zweite und die Harnstoffprobe in dritte Reihe. Casper ist später mehr und mehr auf die Phloridzinmethode eingegangen, während Kümmell als der Hauptvorkämpfer der Kryoskopie anzusehen ist. Während Casper eine negative oder sehr schwache Reaktion der »anderen« Niere auf Phloridzin als bestimmte Kontraindikation gegen Nephrektomie betrachtet, erklärt Kümmell, daß ein Blutgefrierpunkt von $\pm$ 0,60 eine absolute Kontraindikation gegen Nephrektomie darstellt. Während Casper zugibt, daß die Phloridzinmethode in einzelnen Fällen irrelevante Resultate gegeben hat, erklärt Kümmell, daß die Blutkryoskopie ihn niemals getäuscht hat.

Zu ganz anderen Schlüssen bin ich durch meine Erfahrungen mit diesen drei Methoden gelangt. Ich bin einer der Ersten, die die funktionelle Nierenuntersuchung systematisch vor den Operationen angestellt haben, indem ich seit 1892 an allen Nierenpatienten, so auch an allen meinen 112 Nephrektomierten, die quantitative Harnstoffbestimmung ausgeführt habe. Meine Erfahrung über diese Methoden ist, kurz gefaßt, diese: Wird die Harnstoffmenge normal gefunden, dann ist auch die Niere funktionsfähig, aber der umgekehrte Schluß, daß eine herabgesetzte, ja sogar minimale Harnstoffmenge bedeuten sollte, daß die Niere nicht funktionsfähig und daher die Exstirpation des Schwesterorganes kontraindiziert sei, ist ganz unerlaubt. Denn in nicht weniger als 31 von meinen 112 Fällen habe ich die Nephrektomie trotz einer sehr niedrigen Harnstoffmenge gemacht.

Ganz ähnliche Erfahrungen habe ich später mit der Phloridzinprobe gemacht. Ich habe nimmer erlebt, daß eine Niere, die prompte und kräftige Zuckerausscheidung gegeben hat, insuffizient war, dagegen habe ich eine ganze Reihe von Fällen, wo die Zuckerreaktion — trotz gesunder Niere — ganz ausgeblieben ist. 9mal habe ich trotz negativen Resultates der Probe Nephrektomie gemacht — in 5 Fällen von Tuberkulose, 1 Nierensarkom, 1 Pyelonephritis, 1 Steinniere. Von diesen Pat. sind 8 vollkommen geheilt, 1 ist gestorben

10 Tage nach der Operation an sickernder, unstillbarer Blutung von der großen septischen Wundhöhle, während die andere Niere gut funktionierte und bei der Obduktion normal befunden wurde.

Wäre ich in diesen Fällen nach Casper's Maxime vorgegangen, hätte es acht Menschen das Leben gekostet.

Die Blutkryoskopie habe ich in 50 Fällen ausgeführt und dabei 12mal ein ganz irreleitendes Resultat erhalten, und die Sache stellt sich hier noch schlimmer als für die anderen Methoden, weil die Kryoskopie nicht nur in negativer, sondern auch in positiver Richtung irreleitende Antworten gab. In 6 Fällen war $\delta = \pm 0{,}60-0{,}67$ trotz vollkommener Funktionsfähigkeit der anderen Niere, und alle Pat. genasen vollständig (2mal bösartige Nierengeschwulst, 1mal Tuberkulose, 1mal Pyelonephritis, 2mal Nierensteine); in 6 anderen Fällen habe ich bei außerordentlich vorgeschrittenem doppelseitigem Nierenleiden (1mal Urogenitaltuberkulose, 1mal Anuria calculosa, 1mal Anuria in nephritide, 2mal Morbus Brighti) einen ganz normalen Gefrierpunkt vorgefunden.

Ähnliche Beobachtungen sind von Stockmann, Barth und Kapsammer mitgeteilt worden. Daß Casper und Kümmell zu so ganz anderen Resultaten gelangt sind, erklärt sich ganz einfach dadurch, daß sie beide von der Richtigkeit der Hypothese ausgegangen sind, die bewiesen werden sollte, sie haben nach ihr gehandelt, als ob sie bewiesen wäre, und haben sich so den einzigen Weg zur Entdeckung der Mängel des Verfahrens verschlossen: nämlich den, trotz des negativen Befundes zu operieren. Wären sie so verfahren, würden sie die Phloridzinprobe und die Kryoskopie in derselben Weise beurteilen wie ich und zum Teil Israel.

Während Kümmell und Casper die Notwendigkeit einer solchen Kontraprobe des Wertes ihrer Verfahren übersehen haben, haben diese Verff. in ihren seit der Anwendung dieser Methoden verbesserten Nephrektomieresultaten einen Beweis der Bedeutung der Methoden gefunden zu haben geglaubt.

Hier verwechseln sie aber gewiß post mit propter.

Der Beweis dafür liegt in meiner Statistik, die ich Sie jetzt genau zu betrachten bitte (s. p. 101).

Sie werden sehen, daß ich von meiner gesamten Anzahl von 112 Nephrektomien 9 Todesfälle, d. i. eine Mortalität von 8%, habe. Ich habe zur Vergleichung die Resultate von der großen Sammelstatistik Schmieden's daneben gestellt, doch nur insofern sie das letzte Dezennium betreffen, in welchem der größte Teil meiner Nephrektomien ausgeführt ist, und Sie werden sehen, daß meine Resultate im ganzen außerordentlich befriedigend sind, indem Schmieden eine Mortalität von 17,4% angibt, also über doppelt so groß wie die meinige von 8,2%.

Wenn ich aber jetzt meine Statistik in derselben Weise wie Casper und Kümmell für die Nephrektomien vor und nach 1901



gesondert aufstelle, wo die Kryoskopie und die Phloridzinprobe in Wirksamkeit getreten sind, dann bekomme ich folgende Resultate:

Vor 1901: 52 Nephrektomien mit 7 Todesfällen = 13,2% Mortalität.

Nach 1901: 60 Nephrektomien mit 2 Todesfällen = 3,3% Mortalität.

Es zeigt sich dabei, daß es mir so wie Kümmell gegangen ist, dessen Mortalität von 33% bis zu 6,4% herabgegangen ist; nur daß meine Mortalität beinahe halb so groß wie die von Kümmell ist, und dieses, obgleich ich immer der Kryoskopie und der Phloridzinprobe zum Trotz operiert habe, in Fällen, wo diese prognostisch ungünstige Resultate ergaben.

Und sehen wir die Todesursachen in den beiden nach 1901 tödlich verlaufenen Fällen an, so zeigt es sich, daß der Tod in keinem Fall infolge einer Insuffizienz der anderen Niere eingetreten ist. Der eine Pat. ist an Blutung (linksseitige Nierentuberkulose, kolossale Pyonephrose mit Mischinfektion), der andere an Sepsis (einseitige diffuse Staphylokokkenpyelonephritis) gestorben.

Die Todesursache für die 7 vor 1901 Operierten war in 5 Fällen von der anderen Niere unabhängig:

2mal Embolia art. pulmonalis (Nierengeschwülste mit Thrombosen in der Vena cava), 1mal Peritonitis (enorme Nierengeschwulst, Verletzung des Darmes), 1mal Herzlähmung am nächsten Tage der Operation (große tuberkulöse, abgeschlossene Pyonephrose).

Nur in 2 Fällen trat der Tod durch Urämie infolge Insuffizienz der anderen Niere ein. In einem Falle habe ich bei einem 72jährigen Manne mit einem Karzinom die linke Niere wegen unstillbarer Blutung exstirpiert, vor der Einführung der Ureterkatheterisation; in dem zweiten Fall ist die Ureterkatheterisation der »anderen« Niere wegen Blutung vom Ureter aus mißlungen. Die Autopsie ergab eine doppelseitige Nierentuberkulose.

Aus meinen Erfahrungen glaube ich folgendes schließen zu können:

1) Der »Nierentod« spielt überhaupt bei der Nephrektomiemortalität nicht die Rolle, die ihm Kümmell und Casper beilegen.

2) Die Funktionsfähigkeit der Niere läßt sich durch keins von den bis jetzt angegebenen Verfahren zur Nierenfunktionsuntersuchung sicher bestimmen, die alle darauf ausgehen, die von der Niere geleistete Arbeit zu messen; und es kann vorausgesagt werden, daß dieses bei derartigen Untersuchungen nie gelingen wird, einfach weil eine herabgesetzte Nierenfunktion keineswegs mit herabgesetzter Nierenfunktionsfähigkeit identisch ist. Eine vollkommen gesunde Niere kann aus vielen verschiedenen Ursachen gehindert werden, ihre normale Arbeit auszuführen, und da die Ursache dieses Phänomens sehr häufig eben eine Krankheit im Schwesterorgan ist, ist es ganz irrationell, die Indikation der Nephrektomie auf Grund solcher Untersuchungen stellen zu wollen.

3) Die verbesserten Resultate der Nephrektomien der letzten Jahre sind denn auch weder durch die Kryoskopie noch durch die Phloridzinprobe herbeigeführt, was meine Statistik zur Evidenz beweist, indem ich in meiner Operationsmortalität eine ebenso große Herabsetzung, ja nur ein halb so großes Sterblichkeitsprozent wie Kümmell habe, obgleich ich trotz der Resultate der »Funktionsuntersuchungen« operiert habe.

4) Die Blutkryoskopie ist für die Indikationsbestimmung einer Nephrektomie absolut ohne Wert, weil ihre Resultate zu beiden Seiten mißdeutig sind, und es mit großer Gefahr für die Pat. verbunden ist, sie als Leitschnur zu benutzen.

5) Die Phloridzinprobe und die Harnstoffbestimmung sind, wo sie einen negativen oder geringen Erfolg geben, ebenso unzuverlässig wie die Kryoskopie, während sie bei positivem, normalem Resultate nach den bisherigen Erfahrungen die volle Funktionsfähigkeit der anderen Niere zu garantieren scheinen. Von diesen beiden Methoden ist nach meiner Erfahrung die Harnstoffbestimmung das zuverlässigste, schnellste, einfachste und für die Pat. absolut unschädlichste Verfahren, das ich selbst konstant brauche und zu allgemeiner Anwendung empfehle.

Wenn aber meine soviel verbesserten Resultate nicht durch die Nierenfunktionsuntersuchungen herbeigeführt sind (wenn ich eben trotz ihrer irreleitenden Resultate teils inoperable Pat. mit normalem Gefrierpunkte zu operieren abgelehnt habe, und umgekehrt Pat., die nach den Funktionsuntersuchungen zum Tode verurteilt waren, geheilt habe), welchem Umstande verdanke ich dann meine richtigen Indikationen?

Welchen Umständen verdanke ich, daß ich doch die Funktionsfähigkeit der »anderen« Niere richtig beurteilt habe?

Ich zweifle nicht an der Antwort. Ich verdanke es der Ureterkatheterisation und der sorgfältigen — chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen — Untersuchung des von der Niere direkt aufgefangenen Harnes, dessen Bedeutung viel größer ist als Phloridzin und Kryoskopie. Sie hat mir gezeigt, daß die andere Niere da war, und ob ihr Harn gesund oder pathologisch war. Habe ich den aufgefangenen Harn ohne Albumen, Blut und Mikroben vorgefunden, so habe ich als Regel den operativen Eingriff für berechtigt gehalten.

Und habe ich den Harn abnorm gefunden, so haben mir die erwähnten Untersuchungen vom Harn ein unendlich sichereres Bild als Phloridzin und Kryoskopie gegeben. Finde ich, wo es sich um Exstirpation einer tuberkulösen Niere oder einer von anderen Mikroben verursachten Pyonephrose handelt, eine Albuminurie von der anderen Niere, dann ist es für mich das Entscheidende, ob ich auch Eiter und Mikroben in dem Harn dieser Niere finde oder nicht. Im ersten Falle komme ich zu dem Schluß, daß auch diese Niere von derselben Krankheit wie die zu entfernende angegriffen ist, und ich lasse mich nicht

darauf ein, selbst wenn der Gefrierpunkt und die Zuckerausscheidung noch so gut sind, ehe ich event. die »andere« Niere geheilt habe; finde ich dagegen keine Mikroben, keinen Eiter, dann schließe ich daraus, daß wir einer toxischen Albuminurie gegenüberstehen, die von der kranken Niere herrührt, und diese entferne ich dann schleunigst, um die Intoxikation fortzuschaffen, selbst wenn Kryoskopie und Phloridzin dagegen sprechen.

Ich habe acht Tuberkulosefälle, die dieses aufs schönste illustrieren. In allen gab es Albuminurie von beiden Nieren, in dreien waren die Nierenfunktionsresultate günstig, während das Mikroskop Tuberkelbazillen von beiden Nieren ergab. Ich unterließ, sie zu operieren, und sie starben alle drei nach Verlauf von 6 Wochen.

In den fünf anderen wurden im Harne der »anderen« Niere keine Bazillen, kein Eiter, sondern Albumen, krimineller Gefrierpunkt und 0 Zucker nach Phloridzin gefunden. Ich habe sie alle operiert, Ausheilung für sie alle erreicht.

Es gibt aber viele Fälle, wo die Ureterkatheterisation unmöglich ist, insbesondere bei Tuberkulose, wegen verbreiteter Ulzerationen der Blasenschleimhaut, oder wo Verdacht auf Granularatrophie oder multilokuläres Kystom vorhanden ist. In solchen Fällen habe ich immer — und bis jetzt niemals vergebens — die von mir 1894 angegebene Exploration der Nieren durch doppelseitigen Lumbalschnitt in Anwendung gebracht.

Ich werde mir erlauben, die Bedeutung dieses Verfahrens, das trotz der Annahme, die es bei Küster u. a. gefunden hat, kaum soviel wie es verdient angewandt wird, durch den letzten Fall, in welchem ich — vor wenigen Monaten — es angewandt habe, zu illustrieren.

Eine 34jährige Frau, die lange Zeit an Schmerzen in der rechten Nierengegend gelitten hatte, wurde wegen heftiger Cystitisanfälle, die vor 3 Monaten begonnen hatten, eingelegt. Im Harne wurde Albumen, Eiter und Tuberkelbazillen vorgefunden. Die Cystoskopie ergab den ganzen Fundus vesicae stark geschwollen und von tuberkulösen Ulzerationen, die die Ureterkatheterisation unmöglich machten, bedeckt. Die rechte Niere war schmerzhaft, vergrößert, herabgesunken. Die linke Niere unfühlbar, nicht schmerzhaft. Durch den doppelseitigen Lumbalschnitt wurden beide Nieren untersucht; es ergab sich, daß die rechte eine etwas vergrößerte, aber sonst gesunde Wanderniere war, während die linke Niere durch und durch tuberkulös degeneriert war. Ich habe Nephrektomie gemacht, und die junge Frau genas, nachdem die Blasentuberkulose durch Karbolbehandlung ausgeheilt war.

Soweit die Frage der »anderen« Niere. Es ist meine Überzeugung, daß auch Casper und Kümmell tatsächlich der Ureterkatheterisation ihre verbesserten Resultate verdanken, die sie neben der Kryoskopie und der Phloridzinprobe anwandten.

Und bin ich in diesem Vortrage gezwungen gewesen, ihre Lehre von der Bedeutung der speziellen Nierenfunktionsuntersuchungen ziem-

lich scharf zu kritisieren, ist es mir zum Schluß eine Freude, ihnen beiden meinen wärmsten Dank auszusprechen für die bedeutungsvolle und große Arbeit, die sie darauf eingesetzt haben, die enorme Bedeutung der Ureterkatheterisation für die Nierenchirurgie klar zu machen.

Ich will nur noch sagen, daß ich mich vollständig Kümmell's Warnung gegen gewisse moderne Bestrebungen anschließe, die etwas schwierige, aber sichere Ureterkatheterisation durch die leichte, aber ganz unzuverlässige Anwendung der Harnsegregatoren zu ersetzen. Die Irrtümer, die bei Anwendung dieser Apparate unterlaufen, werden oft für die Pat. höchst verhängnisvoll.

Wir brauchen ja nur hier wieder an unsere Tuberkulosefälle zu denken, wo der ganze Blasenboden ulzeriert, aber nur die eine Niere krank war. Der Harnsegregator hatte hier doppelseitige Leiden angegeben und die Pat. waren ihrem Schicksale überlassen worden.

Statistik über Nephrektomien.
Von Rovsing ausgeführt.

Krankheit	In den Jahren 1892—1901			Nach dem 1. Januar 1901		
	Anzahl	Gestorben	Mortalitätsprozent	Anzahl	Gestorben	Mortalitätsprozent
Maligne Nierengeschwülste	18	5	27	13	0	0
Hydronephrose	7	0	0	5	0	0
Tuberkulose	14	2	14,2	33	1	3
Pyonephrose	4	0	0	7	1	14,2
Pyonephrosis calculosa . .	9	0	0	2	0	0
Summa	52	7	13,2	60	2	3,3

Krankheit	Rovsing				Schmieden		
	Gesamtanzahl	Geheilt	Gestorben	Mortalitätsprozent	Anzahl	Gestorben	Mortalitätsprozent
Maligne Tumoren. . . .	31	26	5	16	329	108	32,8 (22)
Hydronephrose	12	12	0	0	124	23	18,5 (5,7)
Tuberkulose	47	44	3	6,3	201	59	29,4 (24,5)
Pyonephrose	11	10	1	9	138	32	23,2 (15,3)
Pyonephrosis calculosa .	11	11	0	0	108	36	33,3 (16,7)
Summa	112	103	9	8	890	258	28,9

50) **J. Israel** (Berlin). Welchen Einfluß haben die funktionell-diagnostischen Methoden auf die Sterblichkeit der Nephrektomie wegen Tuberkulose gehabt?

Gegenüber der Behauptung Kümmell's und Casper's, daß die Sterblichkeitsabnahme der Nephrektomien auf den Einfluß der funktionellen Diagnostik zurückzuführen sei, führt I. den Nachweis von der Unrichtigkeit dieser Vorstellung.

Schon a priori erscheint ein umgestaltender Einfluß der funktionell-diagnostischen Methoden auf die Umgestaltung der Resultate unwahrscheinlich, in Anbetracht der Tatsache, daß jeder, der damit gearbeitet hat, die Verfahren aller anderen als irreführend verwirft und nur seine eigene Methode gelten läßt. I.'s Untersuchung über die Zuverlässigkeit der bis jetzt bekannten funktionellen Methoden zerfällt in drei Abschnitte; zunächst wird an Beispielen gezeigt, wie sie sich an seinen eigenen Fällen von Tuberkulose bewährt haben; dann wird ihr Einfluß auf das Absinken der Nephrektomiesterblichkeit bei Tuberkulose untersucht; endlich wird geprüft, ob die Mortalitätsabnahme der gesamten Nephrektomien von ihnen abhängt.

Hinsichtlich der Blutkryoskopie hat sich gezeigt, daß Kümmell's Axiome nicht aufrecht zu erhalten sind, wonach man bei normalem Gefrierpunkte nephrektomieren dürfe, weil die Erkrankung einseitig sei, bei abnorm erniedrigtem Gefrierpunkte die Nephrektomie sich verbiete, weil doppelseitige Funktionsstörung vorhanden sei. Die Erfahrungen von I. u. a. beweisen, daß normaler Blutgefrierpunkt nicht nur mit doppelseitiger schwerer Erkrankung vereinbar sei, sondern auch bei schwer erkrankten Solitärnieren vorkomme; daß andererseits abnorm starke Gefrierpunktserniedrigung bei einseitigen Affektionen beobachtet werde, welche eine erfolgreiche Nephrektomie gestatten. Nach Rovsing sollen die Angaben der Blutkryoskopie im dritten Teile der Fälle täuschen. Wenn auch diese Schätzung zu hoch ist, sind Kümmell's entgegengesetzte Angaben nicht beweisend, weil er nie versucht hat, im Widerspruche zu den Ergebnissen der Kryoskopie zu nephrektomieren. Man kann daher im Vertrauen auf die Blutkryoskopie sowohl Pat. mit normalem Gefrierpunkt an Insuffizienz verlieren, als auch solche mit abnorm erniedrigtem Gefrierpunkt unoperiert zugrunde gehen lassen, die durch Operation noch zu retten waren.

Die Casper-Richter'sche Phloridzinmethode gibt häufig unsichere, ja falsche Resultate: Richtig sei, daß meistens die kranke Niere weniger Zucker ausscheidet als die gesunde, obwohl bei Untersuchung während eines kurzen Zeitraumes auch das Umgekehrte vorkommt. Doch können die dadurch erhaltenen Aufschlüsse nicht sehr ins Gewicht fallen, da bei I.'s 74 operierten Nierentuberkulosen die Seite der tuberkulösen Erkrankung sich stets ohne die funktionellen Methoden feststellen ließ. Sehr irreführend ist es, daß zuweilen die Zuckerausscheidung auf beiden Seiten ausbleibt, trotz völliger Funk-

tionsfähigkeit einer Niere. Bei solchem Verhalten hat I. fünfmal mit Glück nephrektomiert. Ebenso kann die Zuckerreaktion an einem Tage fehlen, am nächsten vorhanden sein, oder vor der Nephrektomie fehlen, um nachher aufzutreten. Im Vertrauen auf Casper's Lehre von der Bedeutung der fehlenden Zuckerausscheidung hätte man nicht wenig Menschen unoperiert zugrunde gehen lassen, die durch die Operation gerettet sind. Viel wichtiger aber ist, daß die Casper-Richter'sche Phloridzinmethode ihre wichtigste Aufgabe, uns über den Funktionswert der beiden Nieren aufzuklären, nicht erfüllt. Weder das Verhältnis, noch die absolute Größe der während eines kurzen Zeitraumes ausgeschiedenen Zuckermengen gestatten einen Schluß auf das funktionelle Wertverhältnis der beiden Nieren. Zum Beweise führt I. Beispiele aus seiner Beobachtung von Nierentuberkulosen an.

Da häufig Urin neben dem Ureterkatheter in die Blase fließt, lassen sich oft die von jeder Niere gelieferten Harnmengen nicht bestimmen, wodurch eine quantitative Zuckerbestimmung illusorisch wird. Deshalb hat Kapsammer statt ihrer den Zeitpunkt des Eintrittes der Zuckerreaktion zum Maßstabe der Funktionsfähigkeit gewählt. I. weist aber an seinen eigenen, Rovsing's und Albarran's Erfahrungen nach, daß Kapsammer's Gesetze nicht maßgebend für oder wider den Entschluß zur Nephrektomie sein können.

Die Harnkryoskopie hat nur einen Wert bei genauer Kenntnis der von jeder Niere gleichzeitig abgesonderten Harnmengen, weil nur die Produkte aus Menge und Gefrierpunkt, die sog. Valenzen, das Verhältnis der Arbeitsgrößen beider Nieren zum Ausdruck bringen. Die Feststellung dieses Wertes scheitert häufig an dem Vorbeifließen unkontrollierbarer Harnmengen neben dem Ureterkatheter. Aber auch bei Vermeidung dieser Fehlerquelle durch Anwendung des Luys'schen Segregators brauchen die richtig berechneten Valenzen kein richtiges Bild von dem Funktionsverhältnis beider Nieren zu geben. I. gibt ein Beispiel von gleichen Valenzen beider Seiten, trotzdem eine Niere schwer tuberkulös, die andere gesund war.

Solche Beobachtungen zeigen den prinzipiellen Fehler der bisherigen funktionell-diagnostischen Methoden, nämlich die Verwechslung der Nierenarbeit während einer kurzen Tätigkeitsphase mit der wirklichen Funktionsfähigkeit. Das sind gänzlich verschiedene Dinge: Während eines kurzen Zeitraumes können beide Nieren dasselbe leisten, während zwischen ihrer Funktionsfähigkeit ein großer Unterschied besteht. Die Funktionsfähigkeit ist eine latente Größe. Das wahre Wertverhältnis beider Nieren offenbart sich daher erst in der Verschiedenheit ihres Verhaltens gegenüber maximaler Inanspruchnahme ihrer Funktion: Je stärker man die Nierentätigkeit durch Getränke und Nahrung provoziert, desto weiter bleibt die schlechtere Niere in ihrer Sekretionsgröße hinter der besseren zurück. Erst nach maximaler Steigerung der Sekretion jeder Niere kann man aus der Differenz der beiderseitigen Leistungen einen Einblick in die Größe und das Ver-

hältnis der beiderseitigen Funktionsfähigkeit gewinnen. Diesen von I. schon vor 3 Jahren ausgesprochenen Gesichtspunkt hat auch Albarran seiner Methode zugrunde gelegt.

I. wendet sich dann zur Beweiskraft der Statistik.

Wenn die Besserung der Resultate auf der funktionellen Diagnostik beruhte, müßte sie bei denen fehlen, welche sie nicht anwenden, oder unabhängig von ihren Ergebnissen handeln.

Zu diesen Unabhängigen gehören Rovsing und I. Rovsing's rein operative Mortalität bei der Nierentuberkulose betrug vor 1901 14,2%, nach 1901 3,3%. Bei I. betrug die Summe der operativen und der gesamten Fernmortalität vor 1901 28%, nach 1901 nur 10%. Demnach sind große Fortschritte unabhängig von der funktionellen Diagnostik gemacht worden. Auch der mit diesen Methoden verbundene Ureterkatheterismus kann die Fortschritte nicht völlig erklären. Morris und Bazy, die den Ureterkatheter bei der Tuberkulose überhaupt nicht anwenden, haben ebenso große Fortschritte gemacht. Morris' frühere Mortalität von 27,7% ist seit 1901 auf 15% zurückgegangen, und Bazy hat seit 1890 eine Mortalität von 6,6% erreicht, eine der günstigsten bekannten. Auch bei I.'s Resultaten ist der Einfluß des Ureterkatheterismus ziffernmäßig nicht erweisbar. Das Mortalitätsprozent war das gleiche bei den Fällen mit und ohne Ureterkatheterismus. Deshalb kann dieser höchstens einen kleineren Teil der Fortschritte erklären. Nach Erbringung des Nachweises großer Fortschritte unabhängig von der funktionellen Diagnostik fragt es sich, ob die Resultate ihrer Anhänger noch bessere sind als die der Gegenpartei. Eine genaue statistische Gegenüberstellung der aus gleicher Zeit stammenden Nephrektomien mit und ohne funktionelle Diagnostik beweist das Gegenteil, sofern die Mortalität der erstgenannten 14,4%, die der letztgenannten 13,1% beträgt.

Im Gegensatze dazu hatte Casper berechnet, daß die Nephrektomien bei Tuberkulose ohne funktionelle Diagnostik 21,7% Mortalität gäben, die mit funktioneller Diagnostik nur 10%, und daraus den Schluß auf die Wirksamkeit dieser Untersuchungsmethode gezogen. Casper's statistische Zahlen sind ohne Wert, weil er Resultate aus ganz verschiedenen Zeitperioden einander gegenübergestellt hat; auf der einen Seite stehen die frühen und frühesten Resultate der älteren Operateure, welche den Kampf gegen die Nierentuberkulose zuerst aufgenommen haben und sich ihre eigenen Wege bahnen mußten; auf der anderen Seite die jüngeren, welche aus den Erfahrungen der älteren erst gelernt haben. Inzwischen haben aber auch die älteren aus ihren eigenen Erfahrungen Nutzen gezogen, so daß bei der Gegenüberstellung der in diesem Jahrhundert erreichten Resultate die der Anhänger der funktionellen Diagnostik sogar hinter denen der anderen Seite zurückbleiben.

I. sieht die wirklichen Ursachen der Fortschritte in der Behandlung der Nierentuberkulose wesentlich in der veränderten Indikationsstellung, welche im Gegensatze zu früher die Chirurgen veranlaßt, im

möglichst frühen Stadium zu operieren, wodurch die Prognose erheblich besser wird. Denn mit der Dauer des Leidens wächst die Häufigkeit einer toxischen oder tuberkulösen Erkrankung der anderen Niere. Ferner tritt bei langdauernden Tuberkulosen namentlich mit Mischinfektionen stets eine Schädigung des Herzens ein, welche unter dem Einfluß der operativen Schädlichkeiten nicht selten zum Tode durch Herzinsuffizienz oder kardiale Niereninsuffizienz führt. Weiter fallen bei den Frühoperationen die Gefahren fort, die aus den operativen Schwierigkeiten der alten Tuberkulosen erwachsen; und endlich nimmt die Zahl der Ferntodesfälle ab, wenn eine Quelle der Allgemeininfektion durch frühzeitige Nephrektomie verstopft wird. Auch in bezug auf die frühe Diagnose befinden wir uns im Vorteil gegenüber der früheren Zeit, seit wir wissen, daß die Tuberkulose des Harnapparates von der Niere ausgeht, so daß wir bei jeder Blasentuberkulose sofort nach dem Primärherd in der Niere suchen.

Einige weitere Vorteile gewährt uns der Ureterkatheterismus. In seltenen Fällen gestattet er eine frühere Diagnose der erkrankten Seite als mit den anderen Methoden zu erlangen ist; er gibt ferner einen größeren Schutz gegen Nephrektomien bei Mangel der zweiten Niere; endlich gestattet er, durch die Tierimpfung mit dem Harne der besseren Niere festzustellen, ob diese frei von Tuberkulose ist. — Dagegen kann die durch den Ureterkatheter ermöglichte Erkenntnis einer nicht tuberkulösen Erkrankung der zweiten Niere nur in beschränktem Maße zur Besserung der Resultate beitragen, weil die Tatsache der Erkrankung nichts über die Funktionsfähigkeit aussagt. Ein Ausschluß aller solcher Fälle von der Operation würde wohl der Statistik zugute kommen, aber nicht den Kranken. I. hat bei den schwersten Harnveränderungen der zweiten Niere mit Glück nephrektomiert, während er bei geringfügigen Harnveränderungen zweimal urämische Folgezustände beobachtet hat.

Als letzten Punkt bespricht I. den Einfluß der funktionellen Diagnostik auf die Resultate sämtlicher Nephrektomien und kommt zu dem Schluß, daß, wie für die Nephrektomien wegen Tuberkulose, so für alle übrigen die Sterblichkeit unabhännig von der funktionellen Diagnostik abgenommen hat. Während seine ersten 145 Nephrektomien eine Sterblichkeit von 20% hatten, beträgt diese für die letzten 140 noch nicht 11%. Auch mit Hilfe der funktionellen Methoden seien keine besseren Resultate erzielt worden. Kümmell's Mortalität von 6,4% seit Einführung der Kryoskopie sei nur scheinbar niedriger als die I.'s. Der Unterschied liege in der Verschiedenheit des Materiales, sofern die malignen Tumoren mit ihrer alle übrigen Nierenaffektionen übertreffenden Sterblichkeit von 20% unter Kümmell's Nephrektomien nur 6,3% der gesamten Fälle ausmachen, bei I. dagegen 37%. So kommt es, daß bei I. die Todesfälle nach Exstirpation maligner Tumoren 57% sämtlicher Todesfälle nach Nephrektomien repräsentieren. Eliminiert man aus beiden Statistiken die bösartigen Tumoren, um ein

vergleichbares Material zu erhalten, dann beträgt Kümmell's Mortalität 9%, I.'s 8,2%.

Demnach sind die Fortschritte in den Resultaten der Nephrektomien nicht auf den Einfluß der funktionellen Diagnostik zurückzuführen.

Schließlich verwahrt sich I. gegen die Deutung, als ob er mit seinen Feststellungen weitere Bestrebungen auf dem Gebiete der funktionellen Diagnostik entmutigen wolle. Er glaubt im Gegenteil, daß erst die Erkenntnis von der Unzulänglichkeit der bisherigen Methoden die Basis für weitere Fortschritte auf diesem Gebiete bilden kann.

(Selbstbericht.)

---

51) **L. Casper.** Rückblick auf die Nierenchirurgie seit Einführungen des Ureterenkatheterismus.

Seit Einführung des Ureterenkatheterismus durch Autor sind 10 Jahre, seit Einführung der funktionellen Nierendiagnostik durch Autor und Richter 5 Jahre verflossen. Der Ureterenkatheterismus ist eine souveräne Methode für die Diagnostik der Nierenerkrankungen geworden, die auch den Grundstock zur funktionellen Nierenuntersuchung geliefert hat.

Letztere hat Gegner gefunden, deren Einwände Autor zu widerlegen vermag. Der Einwand, daß schon gesunde Nieren Differenzen für Gefrierpunkt (Δ), Harnstoff ($\overset{+}{U}$) und Saccharum (Sa) nach Phloridzininjektion aufweisen, die bei der Beurteilung erkrankter Nieren maßgebend sind, ist nicht stichhaltig, weil diese Differenzen, wie Autor erst jüngst wieder an 100 daraufhin untersuchten Fällen zeigen konnte, niemals einen erheblichen Grad erreichen. Die Werte für Δ, $\overset{+}{U}$ und Sa werden bei gesunden Nieren nicht mathematisch gleich auf beiden Seiten gefunden, stets jedoch annähernd gleich.

Auch der zweite Einwand, daß die Werte für Δ, $\overset{+}{U}$ und Sa bei demselben Falle nacheinander gemessen gleich sein müssen, ist schon durch das Gesetz von Kövesi und Illyes widerlegt, wonach eine Niere um so gesünder und arbeitsfähiger ist, eine um so größere Akkommodationsfähigkeit in bezug auf die Wasseraufnahme sie hat. Diese Schwankungen sind kein Fehler der Methode, sondern erhöhen im Gegenteil den Wert derselben, da eine gesunde Niere gegenüber der kranken erheblich größere Schwankungen in den Werten für Δ, $\overset{+}{U}$ und Sa zeigt.

Dem dritten Einwande, daß schon bei gesunden Nieren zuweilen kein Sa eintritt und demnach Sa kein Maßstab für die Funktionstüchtigkeit der Niere sein kann, kann Autor mehrere Hunderte von Untersuchungen gegenüberstellen, in denen stets Sa erschienen ist. Dort, wo eine Sa-Ausscheidung fehlt oder gering ist, sei das Fehlen von Sa zu erklären durch die manchmal einsetzende Harnflut, hervorgerufen durch Nervosität, durch das zuweilen diuretisch wirkende Phloridzin.

Auch bei Sa gelten nur die Vergleichszahlen der beiden Seiten. In zweifelhaften Fällen ist die Untersuchung mit 0,02 Phloridzin zu wiederholen. Im Bedarfsfalle ist die Narkose anzuwenden.

Die Einführung des Ureterenkatheterismus und der funktionellen Nierendiagnostik hat große Fortschritte in der Nierenchirurgie gebracht. Die Mortalität bei Nephrektomien, die nach Schmieden in den letzten 3 Jahrzehnten 26,9%, im letzten Dezennium 17,4% betrug, ist bedeutend zurückgegangen. Autor selbst hat bei 77 Nierenoperationen, die er seit Einführung des Ureterenkatheterismus ausführte, nur eine Mortalität von 10,4. Unter den 77 Nierenoperationen befinden sich 45 Nephrektomien mit einer Mortalität von 13,3. Darunter sind 24 Tuberkulosen.

Israel hatte früher 28% Mortalität bei der Tuberkulose, jetzt ist sie ähnlich der Statistik des Autors heruntergegangen. Die Ursachen sind zum Teil in Verbesserung der Technik, besserem Verständnis über die Erkrankung, zum größten Teil aber auf die Anwendung der modernen Untersuchungsmethoden zurückzuführen, die Israel in einer Reihe von Fällen benutzt hat. Rovsing's gute Resultate sind offensichtlich dem Ureterkatheterismus zu verdanken, den er zusammen mit der vergleichenden $\overset{+}{U}$-Bestimmung in Anwendung bringt.

(Selbstbericht.)

---

52) **Pels-Leusden** (Berlin). Zur Frage der experimentellen Erzeugung der Nierentuberkulose.

Die bisherigen experimentellen Untersuchungen über die hämatogene Entstehung der Nierentuberkulose litten an dem Mangel, daß bei dem gewählten Infektionsmodus, vom Herzen, der Aorta, dem Venensystem aus, nicht allein Tuberkulose meist beider Nieren, sondern auch noch zahlreicher anderer Organe sowohl des übrigen Körpers, als auch des Urogenitaltraktus erzeugt wurden, so daß nicht mit Sicherheit Tuberkulose des Ureters, der Blase usw. als sekundär, absteigend von der Niere aus entstanden angesprochen werden konnte. Vortr. hat denselben Weg beschritten, den Friedländer bei seinen Untersuchungen über Knochen- und Gelenktuberkulose gewählt hat, indem er Aufschwemmungen von Tuberkelbazillen-(Rindertuberkulose) Reinkulturen in Olivenöl mittels Einstiches mit Pravaz'scher Spritze direkt in die Nierenarterie ohne nachträgliche Abbindung des Gefäßes einspritzte, und zwar bei Ziegen und Hunden: Nur in einem Fall entstand eine Mischinfektion, in allen anderen (neun) eine einseitige Nierentuberkulose, zweimal eine ganz isolierte Nierentuberkulose, also Nierentuberkulose ohne Tuberkulose irgendeines anderen Organes, während in den übrigen noch mehr oder weniger ausgedehnte Lungentuberkulose entstand. Präparate der verschiedenen Fälle in Gestalt von Ganzdurchschnitten der gesunden und der kranken Niere werden demonstriert. In keinem Falle war — längste Beobachtung 169 Tage nach der Infektion — eine absteigende Tuberkulose entstanden, was

entweder auf zu geringem Bazillengehalte des Urins oder auf dem Mangel an Schleimhautläsionen in Ureter, Blase usw. zurückgeführt wird. Vortr. glaubt, daß es gelingen wird, wenn man einseitige oder gar isolierte Nierentuberkulose erzeugen könne, die Krankheit von ihren ersten Anfängen an zu beobachten und durch genaue Untersuchung des getrennt aufgefangenen Urins von gesunder und kranker Niere Aufschlüsse über die funktionelle Nierendiagnostik und vielleicht auch für die Therapie zu gewinnen. (Selbstbericht.)

Diskussion über 49—52.

Kümmell (Hamburg) hat niemals einseitig eine Methode zur Feststellung der Nierenfunktionsfähigkeit benutzt. Auch er ist ein begeisterter Anhänger des Ureterenkatheterismus und hat niemals Nachteile davon gesehen. Von den funktionellen Methoden bevorzugt er die Kryoskopie. Findet er eine gesunde und eine kranke Niere, so operiert er ohne weiteres. Sind beide Nieren erkrankt, so wird die schwerer erkrankte freigelegt, der Gefrierpunkt bestimmt und danach entschieden. Ist er zu niedrig, dann macht K. nur die Nephrotomie und wartet, bis die andere Niere sich erholt hat, worauf dann die Exstirpation vorgenommen wird. Der Gefrierpunkt von 0,6 als obere Grenze ist nach empirischen Grundsätzen gefunden und hat sich bewährt. Seit Einführung der Kryoskopie hat K. eine erhebliche Besserung der Mortalität bei Nephrektomie erzielt. Die Differenzen zwischen seinen Beobachtungen und denen mancher Autoren können nur auf verschiedener Technik beruhen. K. betont die Schwierigkeit derselben und wie auch er von mehreren Herren mehrfache Untersuchungen vornehmen läßt.

Kapsammer (Wien) hält die Kryoskopie des Harnes für überflüssig, die Harnstoffbestimmung leiste dasselbe. Auch hat er schwere Erkrankungen beider Nieren gesehen, wobei ein normaler Gefrierpunkt vorhanden war. Dagegen hält er die Methylenblaumethode in Verbindung mit dem doppelseitigen Ureterenkatheterismus für äußerst wertvoll. Die Phloridzinprobe sollte mit Rücksicht auf die Zeit des Auftretens des Zuckers weiter geprüft werden.

Völcker (Heidelberg) erwähnt, daß Czerny die Indigkarminprobe beibehalten hat. Derselbe hält sie mit und ohne Ureterenkatheterismus für wertvoll.

Cohn (Königsberg) fragt nach der Größe der Fehlergrenzen der Gefrierpunktsmethode. Sie lasse der Willkür des Beobachters großen Spielraum. Der Grad der Kältemischung ist besonders wichtig. Der als normal bezeichnete Gefrierpunkt von — 0,56 ist nicht der wirkliche, sondern nur der scheinbare. Wenn man nicht alle Kautelen streng beobachtet, schwanken die Zahlen um mehrere Hundertstel von Zentimetern. Überhaupt zeigt die Blutkonzentration an sich nicht an, ob die Niere normal funktioniert oder nicht.

E. R. W. Frank (Berlin) ist für die Segregationsmethode, besonders in Fällen, wo der Ureterenkatheterismus nicht auszuführen ist, dessen Nachteile überdies bekannt sind. F. hat an denselben Individuen den Katheterismus und die Segregation gemacht und gefunden, daß durch erstere die Nierentätigkeit in polyurischer Beziehung stärker beeinflußt wird als durch letztere.

Rumpel (Berlin) betont, daß die Konstanz des normalen Gefrierpunktes (0,55—0,57) unter Warmblütern beobachtet wird. Die normale Konzentration zeigt natürlich nicht, daß die Nieren gesund sind, sondern nur, daß noch genügend funktionsfähiges Parenchym da ist.

Kocher (Bern) fragt Rovsing, warum er auch in Fällen, wo der Harnsegregator ein positives Resultat ergibt, diesen verwirft? Hier sei der Ureterenkatheterismus ganz überflüssig. Auch wünscht K. zu wissen, was Rovsing in Fällen, wo der Ureter schwer erkrankt sei, anfängt, ob er ihn fortnehme oder Spontanheilung abwarte?

Nicolich (Triest) hat unter 35 Nephrektomien eine Mortalität von 17,1%. N. trennt den Harn beider Nieren zur Untersuchung mittels Ureterenkatheterismus, Nierenmassage und Kompression des Ureters der anderen Seite. Er glaubt so andere Methoden entbehren zu können. Mit seinen Dauerresultaten ist N. ebenfalls zufrieden.

Barth (Danzig) steht auf demselben Standpunkte wie vor 2 Jahren. Er hält die Kryoskopie für zuverlässig und glaubt nicht, daß das zeitweilige Ausbleiben der Reaktion bei derselben ein Grund sei, die Methode ganz zu verwerfen.

Straus (Frankfurt a. M.) zitiert Fälle aus seiner Praxis, wo nur die funktionelle Methode eine Frühdiagnose ermöglichte, darunter einen Nierentumor mit Hämaturie, ein Hypernephrom, Nierensyphilis.

Götzl (Prag) hat Tierversuche an Kaninchen und Meerschweinchen zur Erzeugung von Nierentuberkulose mittels Injektion von Tuberkelbazillen in die Ohrvene gemacht. Nach Monaten konnte er eine beginnende Tuberkulose der Nieren feststellen.

Rovsing (Kopenhagen) ist durch Casper's und Kümmell's Ausführungen nicht überzeugt worden. Es ergehe den Nieren wie den Menschen im allgemeinen; sie arbeiten nicht immer soviel wie sie könnten. Die Physiologen würden über die aus den funktionellen Methoden gezogenen Schlußfolgerungen lächeln. Die Kryoskopie verwirft R. gänzlich, weil durch sie Fälle von der Operation ausgeschlossen werden, die noch zu operieren gewesen wären. Auch ist diese Methode viel zu schwierig, um klinisch verwertet zu werden. Harnstoff- und Phloridzinprobe sind bei positivem Resultate zu gebrauchen. Der Harnleiterkatheterismus darf nicht durch den Segregator ersetzt werden, letzterer jedenfalls nur in Verbindung mit ersterem zur Anwendung kommen, da sonst falsche Schlüsse auf doppelseitige Nierenerkrankung entstehen könnten.

Den tuberkulösen Ureter entfernt R. niemals. Er unterbindet ihn und leitet ihn nach außen, worauf fast stets Spontanheilung, event. nach Monaten, zustande kommt. **Jaffé** (Hamburg).

53) **Zondek** (Berlin). Zur Lehre von der Wanderniere.

Der Begriff Wanderniere ist bisher nicht einheitlich festgestellt. Man betrachtet zweckmäßig gesondert zwei Gruppen:

1) Die unzweifelhaft kongenitalen Heterotopien der Niere, wobei die Niere abnorm in der Form, abnorm in der gesamten Disposition, nicht allein nach unten, sondern auch medialwärts und nach vorn verlagert ist; diese Fälle kommen sehr selten vor.

2) Die übrigen, sehr zahlreichen, in der Literatur als Wanderniere beschriebenen Fälle. In bezug auf diese stellt Z. fest, daß der palpatorische Nachweis eines noch so großen Teiles der Niere, ja selbst der ganzen Niere an sich noch keine Krankheit beweist. Der Vortr. begründet dies eingehend und weist auf eine exakte Indikationsstellung der Nephropexie hin. (Selbstbericht.)

54) **Jordan** (Heidelberg). Über renale und perirenale Abszesse nach Furunkeln oder sonstigen kleinen peripheren Eiterherden.

Nach 12 einschlägigen Beobachtungen des Vortr. handelt es sich bei den metastatisch entstehenden renalen und perirenalen Abszessen um eine typische, stets gleichartige Erkrankung, die der akuten Osteomyelitis und ähnlichen hämatogen entstehenden Entzündungsprozessen an die Seite gestellt werden kann. In der Regel ist nur eine Niere Sitz der Eiterung, die sich in der Rinde etabliert, zumeist liegt ein solitärer Abszeß vor. Ein Zusammenhang des Eiterherdes mit dem Nierenbecken besteht in den ersten Stadien nicht; infolgedessen bleibt der Urin lange Zeit normal. Der Durchbruch des Eiters nach außen oder innen erfolgt nur sehr langsam, oft erst nach vielen Wochen.

Die Eingangspforte der Infektion war in allen 12 Fällen nachweisbar, und zwar 5mal in Form eines Furunkels, 3mal eines Panaritiums, 2mal eiternder Schnittwunde, 1mal eines phlegmonösen subkutanen Abszesses, 1mal eines akuten Hodenabszesses. Das freie Intervall betrug 1—4 Wochen. Meist nach Abheilung des peripheren Eiterherdes stellten sich die Allgemeinerscheinungen ein in Form von Fieber, Schmerzen unbestimmter Art in der Seite, gastrischen Störungen. Die Schmerzen lokalisieren sich allmählich in der Gegend des Krankheitsherdes. Objektiv ist außer einem charakteristischen Druckschmerz unterhalb der 12. Rippe lange Zeit nichts nachweisbar; bis zum Auftreten einer Anschwellung in der Nierengegend können Wochen vergehen. Die Allgemeinerscheinungen können so sehr im Vordergrunde stehen, daß oft ein internes Leiden (Typhus,

Pleuritis usw.) angenommen wird. Für die Frühdiagnose, d. h. die Erkennung des intrarenalen Abszesses sind folgende Momente entscheidend:

1) der Nachweis der Eingangspforte,

2) der Druckschmerz unterhalb der 12. Rippe,

3) die event. Vergrößerung der Niere,

Die Prognose ist bei rechtzeitigem Eingreifen günstig: in allen 12 Fällen wurde Heilung erzielt.

Therapeutisch empfiehlt es sich, nicht abzuwarten bis der Eiter an die Oberfläche gerückt ist, sondern man soll sofort nach gestellter Diagnose die Niere freilegen und den Abszeß eröffnen und drainieren. Von den 12 Pat. des Vortr. sind 9 nach einfacher Inzision des intrarenalen oder perirenalen Abszesses geheilt und jetzt vollständig gesund; bei einem $7^1/_2$jährigen Kinde erfolgte spontaner Durchbruch des Eiters ins Kolon und damit die Heilung; bei 2 Kranken mußte die sekundäre Nephrektomie gemacht werden, die von Heilung gefolgt war.

Aus den Erfahrungen des Vortr. ergaben sich folgende Schlußsätze:

1) Intrarenale und perirenale pyogene Abszesse als einzige Metastase von peripheren Eiterherden eingeleiteter hämatogener Infektion sind viel häufiger als man bisher angenommen hat und verdienen größere Beachtung, namentlich seitens der praktischen Ärzte, denen die Anfangsstadien zur Beobachtung kommen.

2) Für die Frühdiagnose derselben entscheidend sind der Nachweis der Eingangspforte, der lokale Druckschmerz, die event. Vergrößerung der Niere.

3) Der intrarenale Abszeß soll vor dem Durchbruch aufgesucht und drainiert werden. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Israel (Berlin) rät auch, frühzeitig zu operieren. Die Schwierigkeiten liegen nur in der Diagnose. In drei Fällen konnte I. einen positiven Urinbefund (rote Blutkörperchen usw.) erheben. Hier war der Entschluß zum operativen Eingriffe leicht. Als Eingangspforte der Infektion hat I. außer den von Jordan erwähnten noch in einem Falle die Nasenschleimhaut beobachtet.

Riedel (Jena) sah wesentlich peri- oder retrorenale Abszesse nach Furunkeln an den Fingern. Jaffé (Hamburg).

H. Schnitzler (Wien) hat drei analoge Fälle beobachtet. In zwei dieser Fälle war bemerkenswert, daß leichte Traumen das Entstehen der paranephritischen Eiterung auslösten. Einmal war es eine Zerrung der Lendengegend, das andere Mal eine forcierte Bergtour (bei gleichzeitig bestehenden granulierenden Wunden), an welche sich die Paranephritis anschloß. Es stimmt dies mit seinerzeit — Chirurgenkongreß 1899 — mitgeteilten Versuchen S.'s überein, in welchen S.

durch leichte Quetschung der Nierengegend von Kaninchen, denen längere Zeit vorher intravenös Staphylokokken injiziert worden waren, aus latenten Nierenabszeßchen schwere paranephritische Eiterungen hervorrufen konnte. (Selbstbericht.)

---

55) **Albrecht** (Wien). Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Hypernephrome.

A. berichtet über Beobachtungen an 27 Fällen von Hypernephroma malignum. Aus der Symptomatologie dieser Tumoren wird hervorgehoben, daß viermal eine Knochenmetastase das erste Symptom der Erkrankung war. Das Suchen nach Tumorzellen im Harnsedimente war ohne Erfolg. Auch durch verschiedene Arten der Palpation konnte ein Tumor öfters nicht nachgewiesen werden, wo die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung der Metastase gestellt war. Deshalb wird in solchen Fällen, wenn sie sich überhaupt noch zur Operation eignen, die probeweise Freilegung beider Nieren empfohlen, um die kranke Seite zu eruieren.

Von den 23 Pat., bei denen die Nephrektomie ausgeführt wurde, starben 8 im Anschluß an die Operation, 8 an lokalem Rezidiv oder Metastasen, 1 an Lungenphthise; das Schicksal einer Kranken ist unbekannt, 5 leben. Von diesen sind bei dreien noch nicht 3 Jahre nach der Operation vergangen, einer lebt $5^3/_4$, einer 4 Jahre nach der Operation.

Die Prognose wird durch das diesen Geschwülsten eigentümliche Auftreten von Spätmetastasen ungünstig beeinflußt. Es wurden 3 derartige Fälle beobachtet; einmal zeigten sich im 8., zweimal im 5. Jahre nach der Operation Metastasen.

Charakteristisch für die malignen Hypernephrome scheint die Bildung singulärer Metastasen in Knochen zu sein, wofür zwei Obduktionsbefunde Belege bieten. In einem 3. Falle wurde eine Metastase in der Scapula mit Erfolg entfernt; in den $1^1/_2$ Jahren nach dieser Operation hat sich keine neue Metastase gezeigt. Die Exstirpation ist daher indiziert.

Die malignen Hypernephrome metastasieren mit großer Vorliebe in den Knochen; wir sollen daher bei Knochentumoren an Pat. mittleren Alters stets an die Möglichkeit einer Hypernephrommetastase denken. Sehr häufig sind Lungenmetastasen, sichergestellt auch Drüsenmetastasen.

In einem Falle wurde Ossifikation einer Metastase im Hinterhauptbein beobachtet, in einem anderen Falle Kombination von Hypernephrom und Tuberkulose in einem Tumor der Niere.

(Selbstbericht.)



56) **A. Neumann** (Berlin). **Retroperitoneales Lipom der Nierenfettkapseln im Kindesalter.**

$3^{3}/_{4}$jähriges Kind zeigte im 13. Lebensmonat eine im linken Hypochondrium beginnende, dann sich über das ganze Abdomen erstreckende gleichmäßige Auftreibung des Leibes. Der Leibesumfang betrug schließlich 63 cm in der Nabelhorizontalen. Das Leiden war zuerst als tuberkulöse Peritonitis aufgefaßt worden. Wegen der ungewöhnlichen Dämpfungsverhältnisse — die linke Bauchseite war vollkommen gedämpft, die Regio epigastrica dextra und die Regio lumbalis dextra ergaben hellen tympanitischen Schall —, ferner wegen der fehlenden Verschieblichkeit der Dämpfungsgrenze bei Lageveränderung und weil eine Probepunktion keinen flüssigen Inhalt ergeben hatte, schließlich wegen des Beginnes in der Regio hypochondrica sin. war die linke Niere als Ausgangspunkt angenommen worden.

Probelaparotomie in der Linea alba. Kein freier Erguß in der Bauchhöhle, enormer Tumor, welcher die ganze Bauchhöhle ausfüllte, retroperitoneal hinter dem Magen, Colon transversum und Colon descendens gelegen. Colon descendens medianwärts verlagert. Naht der Laparotomiewunde. Darauf linker lumbaler Querschnitt. Extraperitoneale Entwicklung eines zweimannskopfgroßen Lipoms. Nur zuletzt Bauchhöhle in Handtellergröße eröffnet. Niere von Fettkapsel entblößt, sonst intakt, ebenso der Ureter an der hinteren Wand der Wundhöhle. Colon descendens, in der vorderen Wand der Wundhöhle vollkommen der ernährenden Gefäße beraubt, wird 18 cm weit, d. h. in toto reseziert. Vereinigung des Lumens des Colon transversum mit dem des S romanum durch zweireihige Naht. Vollkommene Vernähung der Bauchhöhle nach Extraperitoneallagerung der die Naht begrenzenden Dickdarmschlinge und Entlastung der Nahtlinie von dem Zuge des nach unten strebenden S romanum durch zweckentsprechende plastische Verlagerung der Ränder der Peritonealwunde und zugleich Annäherung der Fußpunkte der extraperitoneal gelagerten Dickdarmschlinge.

Exstirpierter Tumor fast 7 Pfund schwer, reines Lipom. Heilung.

Der beschriebenen Sicherung der Bauchhöhle und der Darmnaht, sowie der Vermeidung des Choks durch die extraperitoneale Entfernung des Tumors wird der günstige Ausgang zugeschrieben.

Eingangs wird die relative klinische Bösartigkeit der retroperitonealen Lipome, Fibrome, Myxome und die Seltenheit dieser Tumoren im allgemeinen, speziell die Seltenheit dieser Tumoren im Kindesalter hervorgehoben. (Selbstbericht.)



Gliedmaßen.

57) **Sprengel** (Braunschweig). Ein Fall von blutiger Einrenkung des Radiusköpfchens.

S. demonstriert einen 9jährigen Knaben, der wegen irreponibler, isolierter Luxation nach vorn mit vollem Erfolg operiert wurde, und knüpft folgende Bemerkungen an den Fall:

1) Die Operation ist nur anwendbar für unkomplizierte Fälle, nicht dagegen bei vorgeschrittenen arthritischen Veränderungen, vermutlich auch nicht bei gleichzeitiger Fraktur der Ulna.

2) Als Normalschnitt ist zu empfehlen die Inzision an der Vorderseite des Supinator longus; reicht sie nicht aus, um die Interposition vollständig zu beseitigen, so tut man gut, wie in dem demonstrierten Falle geschehen, einen zweiten Längsschnitt zwischen Triceps und Supinator longus anzulegen.

3) Einer besonderen Fixation des Kopfes bedarf es nicht, sobald jedes Hindernis beseitigt ist.

4) Der Nahtverschluß ist nicht prinzipiell anzustreben; die bei Tamponade eintretende umschriebene Sekretion ist vielfach sicherer und hat für die Gelenkfunktion keine nachteilige Bedeutung.

(Selbstbericht.)

---

58) **C. Thiem** (Cottbus). Über die Größe der Unfallfolgen bei der blutigen und unblutigen Behandlung der einfachen (subkutanen) Querbrüche der Kniescheibe.

Seit Ende der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts ist mit Aufnahme der Naht von Kniescheibenbrüchen ein Streit darüber unter den Chirurgen ausgebrochen, ob diesem oder dem alten, damals durch die Wiederaufnahme der angeblich Wunder wirkenden Massage bereicherten unblutigen Verfahren der Vorzug gebühre. Ungefähr um dieselbe Zeit, oder doch wenig vorher, waren auch erst knöcherne Heilungen bekannt, auf die noch Pribac einen Preis von 100 Louisdor ausgesetzt hatte, und die Hamilton unter 125 selbst behandelten und im Jahre 1880 mitgeteilten Fällen nicht erlebt hatte.

Nach den Studien von Hackenbruch, v. Bergmann, Körte und neuerdings von Schmidt aus der v. Mikulicz'schen Klinik über die normalen anatomischen und pathologischen Verhältnisse des Kniegelenkstreckapparates steht es fest, daß das Lig. patellae inferius durchaus nicht die einzige Fortsetzung des Streckapparates ist, sondern daß nebenbei noch sehnige, der Spannkraft von Streckmuskeln (Tensor fasc. lat., dartos usw.) unterworfene oberflächliche und tiefe Faserzüge, sowie auch muskulöse Teile vorhanden sind, wie z. B. die die

Kniegelenkkapsel spannenden und dadurch streckend auf deren Ansatz wirkenden Mm. subcrurales. Daher kann die Kniescheibe ganz fehlen, wie das Herauspräparieren an der Leiche, am Lebenden wegen tuberkulöser Caries und bei angeborenem Mangel dieses Sesambeines beweist, ohne daß die Streckfähigkeit dadurch wesentlich zu leiden braucht, was scheinbar wunderbare Fälle verhältnismäßig guter Streck- und Beugebewegung bei weit klaffenden Bruchstücken der Kniescheibe erklärt. In diesen Fällen ist eben der Reservestreckapparat unversehrt geblieben.

Was die blutigen Verfahren bei der Behandlung anlangt, so kommt die Punktion, da sie eine bloß vorbereitende Maßnahme zum Annähen der Bruchstücke darstellt, als selbständige Methode wohl nicht mehr in Frage. Auch die v. Bruns'sche Schraube, sowie das Annageln der Bruchstücke mit wagerechtem Aneinanderschrauben oder Binden der senkrecht eingetriebenen Schrauben oder Nägel, sowie das wagerechte Zusammenschnüren senkrecht in die Quadricepssehne und das Lig. patellae eingestochener Nadeln oder Metallstifte nach Andersen und Robson können, abgesehen davon, daß man von der Anwendung dieser Methoden in der neueren Zeit kaum noch etwas hört, nicht wohl mehr als blutige Verfahren gelten. Dasselbe gilt von der Malgaigne'schen Klammer, deren Abänderung nach Trélat (die Haken werden nicht in Haut bezw. Kniescheibe, sondern in oberhalb und unterhalb der letzteren aufgelegte Kautschukplatten eingeschlagen) jedoch gelegentlich noch Verwendung findet. Auch das erste Nahtverfahren, von v. Volkmann als Sehnennaht bezeichnet und schon 1868 angewandt, wird nicht mehr geübt.

Es wurde durch die Quadricepssehne und das Kniescheibenband je eine flach — um das Gelenk nicht zu verletzen — eingeführte Fadenschlinge quer durchgezogen und diese beiden Fadenschlingen wurden in der Längsrichtung vor der Kniescheibe geknotet, dann wurde ein Gipsverband angelegt und mit einem Fenster versehen, um die Fäden sofort wieder herauszuziehen. In zwei Fällen erfolgte gute, einmal wahrscheinlich knöcherne Heilung, während der dritte Pat. an Pyämie starb, weil der eine Faden zu tief — mitten durch das Gelenk — gezogen war.

Es folgte im Mai 1877 die erste offene Naht mit Silberdraht bei einem alten Bruche durch Cameron in Glasgow, Ende 1887 eine gleiche Naht bei einem frischen Bruche durch Lister mit Drainage des Gelenkes durch Pferdehaare und am 9. Februar 1878 eine Metallnaht durch Trendelenburg ohne Gelenkdrainage. Trendelenburg ist einer der unermüdlichsten Vorkämpfer der offenen Naht geblieben, und das von ihm angegebene Verfahren wird noch heute von den meisten Operateuren geübt. Der eine zieht diesen, der andere jenen Metalldraht vor. Wagner benutzte 1886 Catgut bei einem alten Fall, und seit 1897 benutzt Franz König dieses Material bei der Knochennaht abwechselnd mit Seide, bei der sorgfältig vorzunehmenden Naht des präpatellaren Gewebes ausschließlich.

Vallus näht den Knochen gar nicht, sondern nur den Kapselriß und den Seitenstreckapparat mit Draht, v. Mikulicz wendet bei der Knochennaht nur Metalldraht, bei der stets gleichzeitig geübten parapatellaren Naht verschiedenes Nahtmaterial an. Bärlocher empfiehlt nur die parostale und Kapselnaht, und Büdinger ebenfalls nur die para- und präpatellare Naht. Auch Ref. hat seit 1897 nur die para- und präpatellare Catgutnaht angewandt und in zwölf Fällen elfmal knöcherne und einmal straffe bindegewebige, nur durch das Röntgenbild als solche erkennbare Vereinigung erzielt. Nach des Ref. Ansicht macht der versenkte Draht doch bisweilen Störungen und wirkt auch bei Unfallverletzten suggestiv ungünstig.

Ceci legt die im ganzen quer wirkende Drahtnaht von kleinen Hautstichen subkutan an.

Kocher empfahl 1880 — unter dem Eindrucke der damals noch gefährlich erscheinenden Eröffnung des Gelenkes — seine halb subkutane peripatellare Naht. Es wurde eine mit Silberdraht versehene Nadel unter der Kniescheibe eingestochen, über derselben herausgezogen und nun der Draht über Krüllgaze geknotet, in einigen Tagen nachgezogen und nach Zusammenheilen der Bruchstücke entfernt. Barker knüpfte den Silberdraht bei der peripatellaren Naht nicht auf, sondern unter der Haut und ließ ihn versenkt liegen. Riedel benutzt zu dem gleichen Verfahren Catgut.

Als Berger in Paris sah, daß beim Anbohren eines kleinen unteren Bruchstückes dieses zerbröckelte, legte er den Silberdraht, der flach und quer durch das Lig. patellae und die Quadricepssehne geführt wurde, horizontal nach Art eines Faßreifens um die Kniescheibe. Er bezeichnete das Verfahren als »Cerclage«. Lejars benutzte es bei Splitterbrüchen und Quénu führte bei einem großen und kleinen Bruchstücke durch das erstere eine Quernaht, mit der er halbkreisförmig das kleine Bruchstück umschlang = »Hemicerclage«. Heusner bewirkt die Cerclage subkutan, ebenso wie Butcher und Macdonald. Roberts beschreibt dasselbe Verfahren, bei dem er viermal aus- und einsticht, als Tabaksbeutelnaht.

Die unblutigen Verfahren, soweit sie nicht schon erwähnt sind, bezwecken die Annäherung und das Aneinanderhaften der Bruchstücke durch besondere Apparate, deren Berger schon 90 zusammenstellen konnte, durch geeignete Hochlagerung, Sitzen im Bett, Aufhängen des Beines, durch Heftpflasterverbände in Dachziegel-, Schildkröten- und Schmetterlingsform, durch vorläufiges Miteingipsen der die Bruchstücke zusammendrängenden Finger des Assistenten, durch Fensterung des Gipsverbandes, unter dessen oberen Fensterrand länglich Watte geschoben wird, um das untere Bruchstück herunter zu drängen, durch den Streckverband in geeigneten Fällen (Bardenheuer, der aber auch vielfach die Naht macht, und Lichtenauer). Der Streckverband empfiehlt sich namentlich zur Dehnung des Quadriceps als Vorbereitung zur Naht alter Brüche.

Die mechanische und Massagebehandlung besitzt ihren unverkennbaren Wert als frühzeitig einzusetzendes Hilfsverfahren zur Verhütung der Versteifung des Gelenkes und Abmagerung der Streckmuskulatur, ebenso wie die frühzeitigen, möglichst schon von der 3. Woche anzustellenden Gehversuche (Kraske, Zum Busch, Trendelenburg, v. Mikulicz), niemals aber können sie allein zur eigentlichen Heilung eines durch den ganzen Streckapparat gehenden Querrisses und Querbruches der Kniescheibe etwas Wesentliches beitragen oder gar eine knöcherne Heilung herbeiführen.

Kommen solche Heilungen ohne Naht vor, so war der Streckapparat nicht völlig durchrissen, und die Heilung wäre auch ohne Massage erfolgt.

Man soll daher dem Verletzten nach Beseitigung des Blutergusses aufgeben, die Ferse vom Bette zu erheben, indem man ihn an der großen Zehe anfaßt, damit er das Gefühl hat, man hebe mit, wenn es auch gar nicht geschieht; auch schiebe man die andere Hand unter die Ferse. Kann der Verletzte das Bein mit gestrecktem Knie, wenn auch nur wenig, erheben, so wird er die Streckfähigkeit auch ohne Naht behalten und verstärken lernen. Ob bei Klaffen der Bruchstücke diese ohne Naht zur knöchernen Verheilung gelangen können, hängt davon ab, daß keine Sehnenfetzen zwischen den Bruchstücken eingeklemmt sind, was, wie anderwärts, so auch hier die häufigste Ursache für die Pseudarthrosenbildung abgibt. Da aber nur das Öffnen des Gelenkes Aufschluß über Einklemmung von Sehnenfetzen gibt, so ist die offene Naht auch in den Fällen zu machen, in denen zwar keine Strecklähmung, aber ein Klaffen der Bruchstücke vorhanden ist.

Die bindegewebige Vereinigung der Bruchstücke darf auch bei der Kniescheibe unter keinen Umständen als günstiges Heilergebnis bezeichnet und geduldet werden, auch wenn die Streckfähigkeit erhalten ist. Denn eine bindegewebige Heilung bleibt selten straff und verknöchert noch seltener hinterher. Meist werden die Lücken größer (bis zu 11 cm) und die Leute können nicht knien, weil sie sich dabei die Gelenkflächen des Oberschenkels drücken. Auch behalten sie ein Wackelknie, nicht im Sinne regelwidriger seitlicher Beweglichkeit, sondern des Einknickens in senkrechter Richtung; auch fühlen sie sich sehr unsicher, müssen Kniekappen tragen, stürzen oft hin, ziehen sich dabei Kniegelenksentzündungen zu oder Durchreißungen der Bindegewebsbrücken, die wenig Gefäße enthalten und dann ohne Naht — die die Unfallverletzten oft verweigern, weil es ja auch beim ersten Male ohne Naht gegangen sei — öfters überhaupt nicht wieder verheilen.

Unter 223 nicht genähten Fällen aus der Unfallstatistik riß 1mal bei einem Sturze das Kniescheibenband ab, 15mal erfolgte Wiederzerreißen der Bindegewebsbrücke, bei dem einen Pat. 4mal innerhalb von 18 Jahren. In einem Falle brach sich der mit Bindegewebslücke

an der linken Kniescheibe geheilte Pat. beim Hinstürzen auch die rechte.

Unter 60 genähten Fällen aus der Unfallstatistik trat nur einmal ein Wiederbrechen der knöchern geheilten Kniescheibe ein, deren Naht wiederum knöcherne Heilung herbeiführte.

Von den 223 nicht genähten Fällen kamen nur in 20 Fällen unbestrittene Heilungen vor = rund 9%, während von den 46 frisch genähten Fällen (bei 14 weiteren handelte es sich um alte Brüche) 12 erwiesene Heilungen eintraten = 26%.

Nun kam es außerdem bei den 223 nicht genähten Fällen, außer bei den 20 Fällen unbestrittener Heilung und aus diesem Grund erfolgter Renteneinstellung, noch elfmal zu letzterer meist infolge von Kapitalabfindung, bei den 46 genähten Fällen, außer bei 12 Fällen unbestrittener Heilung, einmal zur Renteneinstellung infolge von Kapitalabfindung.

Rechnet man auch diese Fälle praktisch als geheilte, weil sie als solche für die Berufsgenossenschaften gelten können, so kommen rund 28% Heilung für die nicht genähten und rund 14% für die genähten Fälle heraus.

Also im strengen wissenschaftlichen Sinne für die genähten Fälle nahezu das Dreifache, praktisch aber mindestens das Doppelte an Prozenten der Heilung.

Rechnet man aus, was die einzelnen Verletzten an Zeit und Geld gekostet haben, in der Weise, daß die Anzahl der Monate mit der Zahl der innerhalb dieser gezahlten Prozentsätze an Rente multipliziert und die einzelnen Summen addiert werden, so kommt für jeden der nicht genähten Fälle die Zahl 3330, für jeden der genähten Fälle die Zahl 1961 heraus. Die nicht genähten Fälle haben also den Berufsgenossenschaften nahezu das doppelte Opfer an Zeit und Geld gekostet im Vergleiche zu den genähten.

Bei den 20 Fällen unbedingter Heilung nicht genähter Fälle waren 17 knöcherne Heilungen dabei, die 12 genähten und endgültig geheilten Fälle waren alle knöchern geheilt.

Im ganzen wiesen die nicht genähten Fälle 32mal knöcherne Vereinigungen, also rund in 14%, auf, die genähten 60 Fälle (einschließlich der 14 alten) 45 knöcherne Vereinigungen, also in 75%.

Was nun die angebliche Gefährlichkeit der offenen Naht anlangt, so hat Trinkler in der aseptischen Zeit (von 1890 bis 1898) 88 Fälle frischer Naht ohne einen Todesfall mitgeteilt; hierzu kommen noch 173 seitdem veröffentlichte Fälle mit 1 Todesfalle wegen Alkoholdelirium und Lungenentzündung (Bärlocher), sowie die 60 Fälle aus der Unfallstatistik mit 2 Todesfällen, 1mal ebenfalls wegen Delirium und Lungenentzündung, einmal wegen Brandigwerden des unteren Bruchstückes mit Pyämie; das sind seit 1890 = 321 bekannt gewordene Fälle mit 3mal tödlichem Ausgang, also noch nicht 1%.

Von den 223 nicht genähten Fällen aus der Unfallstatistik starben aber nicht weniger als 6, teils im unmittelbaren Anschluß an die Ver-

letzung (1mal Wundrose, 1mal Pyämie bei anscheinend unverletzter Haut), teils in mittelbarem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfalle (1mal hypostatische Lungenentzündung, 1mal metastatische Brustfell- und Lungenentzündung, 2mal Kniegelenks- und allgemeine Tuberkulose). Bei zwei weiteren Fällen (Selbstmord und Tuberkulose eines wegen Vereiterung des Gelenkes Amputierten) war der Zusammenhang zwar nicht erweisbar, aber auch nicht völlig unwahrscheinlich.

Rechnet man aber auch nur die 6 anerkannten Todesfälle den 223 nicht genähten Fällen zur Last, so gibt das beinahe 3% Sterblichkeit gegenüber noch nicht 1% bei den genähten Fällen.

Man kann daher dreist sagen, die offene Naht erhöht nicht nur nicht die durch die Verletzung an sich bedingte Gefahr, sondern verringert sie sowohl unmittelbar als auch durch die Abkürzung der Heilungsdauer und des Krankenlagers.

Es ist daher den Berufsgenossenschaften dringend zu raten, alle Kniescheibenbrüche sofort einem Krankenhause zu überweisen, in dem Gewähr für die sachgemäße Ausführung der modernen chirurgischen Wundbehandlung gegeben ist. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Bockenheimer (Berlin): Seit 1893 wurden in der v. Bergmannschen Klinik 55 Nähte der Kniescheibe ausgeführt, dabei 2mal bei Frauen. Die meisten Frakturen waren direkte, unkomplizierte, meist Querbrüche; 48mal war der Bandapparat mitgerissen. 23mal vermochte auch der exakteste Verband die Bruchstücke nicht zu adaptieren; es war entweder das untere Fragment nach vorn disloziert, so daß die obere Bruchfläche auf den Knorpel des unteren Bruchstückes stieß, oder es bestand Interposition. Nur breite Öffnung schafft die nötige Klarheit. Die Technik besteht in Längsschnitt, Anfrischung der Bruchflächen, schräger Bohrung, Naht des Knochens mit Aluminiumbronze, Naht des Bandapparates. Die Operation wird ohne Schlauch und ohne Fingerberührung ausgeführt mit seitlicher Drainage. Von der Drahtnaht braucht Pat. nichts zu wissen. Jetzt kommt ein Gipsverband darüber, der später gefenstert wird. Die Nachbehandlung besteht in Massage und aktiver Bewegung, ohne passive, ohne Apparat; die Entlassung erfolgt nach 5 Wochen. 39mal konnte knöcherner Callus nachgewiesen werden; 1 Operierter starb an Lungenembolie. Da in 82% der Fälle normale Funktion durch Naht erzielt wurde, bei unblutiger nur bei 50%, ist die Naht das Normalverfahren.

Christel (Metz).

H. Körte (Berlin) hat 70 Fälle von Patellarfrakturen behandelt (66 konnten nachuntersucht werden). Für die Fälle mit Diastase der Fragmente und seitlichem Kapsel-Fascienriß gibt die offene Naht die besten Resultate. Die perkutanen Methoden geben im ganzen kein so gutes Resultat, wie die offene Naht. Bei den Fällen ohne wesent-

liches Klaffen der Fragmente wird konservativ behandelt. Bei schweren körperlichen Störungen ist die Naht kontraindiziert. (Selbstbericht.)

G. Schmidt (Berlin) berichtet im Auftrage des Herrn Geh.-Rat v. Mikulicz kurz über das umfangreiche Material der Breslauer chirurg. Klinik an Kniescheibenbrüchen. Bezüglich aller Einzelheiten verweist er auf die vor 2 Jahren erschienene größere Arbeit[1]. Wir haben im Laufe der letzten 14 Jahre 58 Patellarfrakturen an 57 Pat. beobachtet und uns bemüht, durch wiederholte, bis in die allerletzte Zeit fortgeführte Nachuntersuchungen ein Urteil über die Unfallfolgen, wie über die Resultate der Behandlung zu erlangen. Das letztere war um so wichtiger, als in der Klinik nicht ausnahmslos ein bestimmtes Schema verfolgt, sondern, je nach der Besonderheit des Falles, die unblutige oder operative Behandlung — letztere mit möglichst bald anschließender funktionell-mechanischer Therapie — gewählt wird. Richtschnur für die in jedem Falle bald zu treffende Entscheidung ist die Entstehungsgeschichte und die Art des Bruches, ob eine direkte Verletzung, eine Stoßfraktur oder eine indirekte, ein Rißbruch, bezw. eine Kombination beider vorliegt, insbesondere ob die akzessorischen Streckapparate, die seitlichen Hilfsbänder, die Parapatellarligamente unversehrt oder auch zerrissen sind. Im letzteren Falle wird möglichst bald die Rißstelle freigelegt und die Knochen- und Bändernaht mittels Draht angeschlossen. Sind die seitlichen Bänder und damit die Streckfähigkeit des Knies erhalten und die Diastase gering, so hat auch eine unblutige Behandlung nach unseren Erfahrungen Aussicht auf Erfolg. Im ganzen ist das operative Verfahren immer weiter ausgedehnt worden, hauptsächlich deshalb, weil wir bei der Freilegung der Bruchstelle oft eine weit erheblichere Verletzung des Hilfsstreckapparates fanden, als nach dem Ergebnis der funktionellen Untersuchung angenommen worden war. Zu verwerfen ist auf jeden Fall eine abwartende Behandlung und etwa die Eingipsung und Ruhigstellung des verletzten Knies für längere Zeit. Den anatomischen Verhältnissen nach ist dabei die erhoffte Verheilung der Bruchstücke ganz unsicher, unausbleiblich dagegen eine schwer zu beseitigende Versteifung des Gelenkes, Schrumpfung und Atrophie des Bandapparates und der Muskulatur. Fälle, die außerhalb in dieser Weise vorbehandelt waren, boten einer sachgemäßen Nachbehandlung die größten Schwierigkeiten. Vor allem dienten aber als warnende Beispiele vier auswärts abwartend behandelte und schließlich mit ganz ungenügender Funktion uns zur Begutachtung zugehende Fälle. Von den übrigen Kniescheibenbrüchen wurden 19 ohne, 35 (bei 34 Pat.) mit Knochennaht behandelt. Die neun Kursivzahlen bedeuten die Kranken, über deren späteren Zustand eine Nachricht nicht zu erlangen war. Von den übrigen 44 konnte das Endergebnis in Erfahrung gebracht werden. S. bemerkt hierbei, daß bei der Nachuntersuchung ziemlich hohe Ansprüche an die Pat. gestellt werden. Sie mußten mit dem kranken

[1] Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. p. 711.

Beine voran auf einen Stuhl hinauf- und mit dem gesunden Beine voran vom Stuhle herabsteigen. Indessen kommen für die Beurteilung des Dauererfolges nur 35 in Betracht mit einer Beobachtungsfrist von mehr als 2 Jahren, innerhalb welcher Zeit sich nach wiederholter Erfahrung die Funktion dauernd bessert oder ein Nachgeben der Naht nicht ausgeschlossen ist. Ein gänzlich ungenügendes Ergebnis war außer den vier auswärts behandelten Gutachtenfällen bei je einem unblutig und blutig behandelten Pat. zu verzeichnen. Doch trägt hieran nicht das Behandlungsverfahren an sich die Schuld. Bei dem ersteren wurde trotz der operativen Indikation der Eingriff wegen schweren Emphysems und Nephritis abgelehnt mit dem vorauszusehenden Ergebnis einer dauernden funktionellen Verschlechterung. Im anderen Falle trat bei anatomisch und klinisch einwandsfreier Heilung des operierten Bruches eine hysterische Lähmung der Unterschenkelmuskulatur ein. Beides waren Spätfälle. — Bei der oben skizzierten Indikationsstellung gaben die nicht genähten — allerdings im Durchschnitt leichteren — Fälle fast durchweg einen guten Enderfolg, und zwar sowohl die Früh- wie Spätfälle. Der einzige mäßige bezieht sich auf eine Frau, die bei den jetzigen strikteren Indikationen wohl auch der Operation unterworfen worden wäre.

58 Kniescheibenbrüche bei 57 Pat.

Behandlung			Zusammen	Endergebnis	Davon über 2 Jahre beobachtet
Keine Naht:	Frühfälle:		*6* + 10	gut 9 mäßig 1	8 gut 7 mäßig 1
	Spätfälle:		3	gut 1 mäßig 1 ungd. 1	2 gut 1 ungd. 1
	Gutachten- (Spätfälle):		4	ungd.	4 ungd.
Früh-naht	1. Bruch:	I. Jahr	*2* + 19	gut 15 mäßig 4	15 gut 13 mäßig 2
		II. Jahr	1	mäßig	1 mäßig
	2. Bruch:	I. Jahr	1	gut	—
		II. Jahr	*1*	—	—
	2. u. 3. Bruch:	I. Jahr	1 (1)	gut	1 gut
Spät-naht	1. Bruch:	I. Jahr	4	gut	4 gut
		II. Jahr	2	mäßig	2 mäßig
	2. Bruch:	I. Jahr	3	mäßig 2 ungd. 1	2 mäßig 1 ungd. 1

Bei der Beurteilung des *operativen* Enderfolges kommen mehrere Gesichtspunkte in Betracht: zunächst die *glatte Wundheilung*.

Die drei nicht glatt geheilten und nachuntersuchten Fälle — übrigens wie der vierte mindestens 8 Jahre zurückliegend — konnten nicht rechtzeitig genug der unbedingt nötigen funktionellen Nachbehandlung unterzogen werden und gaben sämtlich nur einen mäßigen Enderfolg. — Todesfälle haben wir unter unserem Material überhaupt nicht zu verzeichnen.

Von den übrigen glatt geheilten Pat. sind 16 Frühnähte mit 14 guten und 2 mäßigen Resultaten und 6 Spätnähte mit 4 guten, 1 mäßigen und 1 ungenügenden Endausgang. Je später die Operation vorgenommen wird, desto unsicherer ist der Erfolg.

Endlich kommt in Betracht, ob es sich um den ersten Bruch oder um Refrakturen handelt. Von den glatt geheilten früh- oder spätgenähten erstmaligen Brüchen (19) sind 17 gut, 2 mäßig ausgegangen. Unter den gleichen Gesichtspunkten ist unter den 3 Refrakturen 1 guter, 1 mäßiger, 1 ungenügender Erfolg zu verzeichnen.

Im ganzen dürften diese Endergebnisse die von der Breslauer Klinik aufgestellten Behandlungsanzeigen als gerechtfertigt erscheinen lassen. (Selbstbericht.)

Trendelenburg (Leipzig) ist mit Thiem's Anschauungen im Einklange, daß die offene Naht die Behandlung der Gegenwart für Kniescheibenbrüche sei und verwendet sie seit seinem ersten veröffentlichten Falle. Als Funktionsprobe läßt er tiefe Kniebeuge machen. Das ist immer zu erreichen.

Schlange (Hannover): Seit der Zeit, wo man die größten Weichteilwunden in 8 Tagen heilen sieht, ist er Anhänger der Naht, die er bei 30 Patellarfrakturen angewendet hat. Er macht Längsschnitt — die Narbe stört nicht —, frischt nicht an, legt 1—2 Metalldrähte, die ohne Schaden liegen bleiben, und erreicht regelmäßig knöcherne Vereinigung mit völliger Beugung. Bezüglich der Unfallsfolgen läßt sich feststellen, daß die Versicherten immer Beschwerden bei Witterungswechsel haben wollen; diese würden mit 20—30% noch zu hoch entschädigt.

Kocher (Bern) ist seit den glänzenden Statistiken der offenen Naht ganz zu dieser übergegangen. Die Unterscheidung, wann sie auszuführen sei, wann nicht, ist leicht; unnütz ist die Naht bei guter Streckung, ob die Bruchstücke klaffen oder nicht. Eine Kontraindikation gibt nur Debilität ab, weil sie wegen Blutergusses und langen Liegens keine gute Prognose gibt. K. hat mehrfach auch nach Naht Refrakturen gesehen. Er hält die Kapselnaht für nötig und demonstriert Röntgenbilder von peripatellarer Naht mit Silberdraht mit gutem Erfolge.

König (Jena) hat die Naht von jeher vertreten. Die Kniescheibe ist ein Schutz- und Schaltknochen. Erscheint die Kraftübertragung genügend, so kann die Naht unterbleiben. Manche Fälle, die erst massiert werden, erfordern später doch die Naht. Er hat auf Lister's

Empfehlung hin sofort genäht — hatte zuerst Mißerfolge und griff nach vorübergehender Zurückhaltung doch wieder auf die Naht zurück; er hatte früher ausgewaschen und drainiert —, jetzt warne er vor Drainage. Er macht den Querschnitt, beseitigt Interpositionen, die häufig sind, schiebt sie zur Seite. Nur säge man nicht! Es gelingt die Vereinigung der Bruchstücke immer, auch ohne Finger! Schwierig ist, ohne sie in die Wunde zu bringen, nur das Bohren und Nähen; K. benutzt den Motor. Die Naht der Patella ist nicht so unentbehrlich wie die des Streckapparates. Schließlich müsse man noch Heilung und Unfall auseinander halten; nicht leicht ist es oft, die Menschen zu früher Bewegung zu bringen, und doch müsse man möglichst bald damit anfangen, wenn auch vorsichtig. **Christel** (Metz).

A. Depage und L. Mayer (Brüssel) berichten über 16, in den letzten 3 Jahren behandelte Fälle von Kniescheibenbruch. In einem Falle, wo keine Diastase der Fragmente vorhanden war, haben sie nicht operiert, sondern den Pat. durch Massage und frühzeitige Mobilisierung in einem Monate geheilt. In einem anderen Falle, wo nur eine sehr geringe Entfernung der Bruchstücke bestand, haben sie, nach Lambotte-Vallas, einfach die fibröse Kapsel und die seitlichen Ligamente mit Catgut vernäht und auch eine sehr schnelle und vollkommene Heilung erzielt. Gewöhnlich aber bevorzugen sie die von Berger 1892 beschriebene Methode der Cerclage, d. h. Umschnürung der Fragmente mittels eines Aluminum-Bronzedrahtes, welcher oben durch die Quadricepssehne und unten durch das Ligamentum patellare gezogen wird, um am inneren Rande des Kniegelenkes geschnürt zu werden. Vortr. verwerfen gänzlich alle subkutanen Methoden und halten eine breite Arthrotomie mit sorgfältiger Säuberung des Gelenkes für sehr wichtig, bevor man zur Fixierung der Fragmente schreitet. Die Cerclage hat gegenüber der Knochennaht folgende Vorzüge: 1) sie ist leichter und schneller ausführbar; 2) man braucht zu ihrer Ausführung kein besonderes Instrument: Vortr. benutzen die Doyensche Nadel, welche derjenigen ähnlich ist, die Herr Geh-Rat Riedel im vorigen Jahre gezeigt hat; jede gewöhnliche Nadel kann aber ebensogut verwendet werden; 3) man ist der Gefahr nicht ausgesetzt, daß die Fragmente beim Perforieren splittern, was besonders zu befürchten ist, wenn das untere Bruchstück sehr klein ist, wie man es ja nicht allzu selten erlebt; 4) besonders wertvoll ist die Cerclage, wenn mehrere Fragmente bestehen; 5) bei veralteten Frakturen mit bedeutender Diastase kann man die Cerclage gleichzeitig mit der Knochennaht ausführen, wie es Vortr. in einem Falle von doppelseitiger 6 Monate alter Patellafraktur, deren Radiographie sie beifügen, mit ausgezeichnetem Erfolge gemacht haben. Nach der Operation wird das Bein in einen einfachen Schienenverband gelegt, am 12. Tage wird die Massage begonnen, und alle Pat. sind nach 6 bis 12 Wochen geheilt entlassen worden. (Selbstbericht.)

Bertelsmann (Kassel) legt den Streckapparat des verletzten Gelenkes durch einen Lappenschnitt frei, so daß der Riß durch Patella und Weichteile in seiner ganzen Ausdehnung zu sehen ist. Sodann zieht er, wie dies auch schon von anderer Seite gemacht ist, einen Seidenfaden rings um die gebrochene Patella herum. Der Seidenfaden läuft in frontaler Ebene in ungefähr 1 cm Entfernung dem scharfen Rande der Patella parallel, ohne irgendwo in das Gelenk einzudringen. Während der Assistent die Bruchstücke durch Kornzangen in der Richtung hält, wird der Seidenfaden so zusammengezogen, daß die Bruchflächen der Patella genau aufeinander stehen. Zweckmäßig ist es, sogar soweit zusammenzuziehen, bis der Bruchspalt etwas nach außen klafft. Der Weichteilriß und das Periost der Patella werden dann aufs genauste durch Seidenfäden vernäht. Vorteile des Verfahrens sind:

1) leichte und schnelle Ausführung, ohne daß man versucht ist, eine Hand in die Wunde zu bringen;

2) kein Fremdkörper kommt ins Gelenk;

3) die Patella und ihr Periost werden durch Bohren usw. nicht verletzt. Es wird wenigstens ebensogute Vereinigung des Knochens erzielt, als wenn der Knochen selbst genäht würde. (Selbstbericht.)

Silbermark (Wien): In der v. Mosetig'schen Station im allgemeinen Krankenhaus in Wien kam in den letzten Jahren eine ziemlich große Zahl von Patellarfrakturen zur Beobachtung; es handelte sich um frische und ältere Formen. Die Resultate aller Arten von Behandlungsmethoden wurden an diesen Fällen beobachtet, und auf Grund dieser Beobachtungen wird nunmehr bei allen frischen und älteren Fällen nur die Massagebehandlung nach Metzger angewendet. Für den Pat. handelt es sich vor allem um rasche Erlangung der Funktionstüchtigkeit des Beines. Ob dieselbe durch knöcherne oder fibröse Narbe zwischen den Fragmenten zustande kommt, ist ihm gleichgiltig. Hierzu gehören aber kräftige, funktionstüchtige Muskeln, namentlich der Quadriceps; und dieser wird nur durch die Methode der Massagebehandlung funktionstüchtig erhalten. Jede andere Methode, wie die Immobilisierung in bestimmten Verbänden, als auch die operativen Eingriffe (blutige Naht, perkutane Nagelung) bringen die Muskeln zur Atrophie und erfordern oft monatelange Nachbehandlung, um sie wieder funktionstüchtig zu machen. v. Mosetig läßt die Extremität auf ein einfaches Planum inclinatum lagern und schon in der 2. Woche nach geschehener Fraktur den M. quadriceps täglich tüchtig massieren; hierbei trachtet man, die beiden Bruchenden manuell einander zu nähern und den event. vorhandenen Gelenkserguß durch passive, immer forciertere Beugung und Streckung im Kniegelenke wegzubringen. Das Resultat mit dieser Behandlung ist bald ein deutlich konstatierbares Näherrücken der Fragmente, sowie die Fähigkeit, bereits nach 6 Wochen herumzugehen. Bei den nach langer Zeit vorgenommenen Nachuntersuchungen konnte niemals ein derartiges

Auseinandergewichensein der Fragmente konstatiert werden, daß Funktionsunfähigkeit resultierte. (Selbstbericht.)

Riese (Rixdorf) hat 16 Fälle mit gutem Erfolge genäht. Er beobachtete einen gewissen Reizzustand, indem Reiben und Knirschen zu spüren war, und doch hatte er nicht durch den Knochen genäht, nicht drainiert; er spülte nur mit Kochsalzlösung. Ob die Reizung wohl hierauf zurückzuführen sei?

Lauenstein (Hamburg) war früher Anhänger der Durchbohrung der Patella zur Naht und hat sie verlassen, weil sie Ankylose begünstigt; er ist zur versenkten periostalen Naht übergegangen. Nach 5—6 Wochen stehen die Pat. auf, doch brauchen sie 1—2 Jahre zur Überwindung der Folgen. Besonders die Beugung bis 60 und 70° wird erst nach langer Dauer erreicht. Die Fractura patellae ist also eine ernste Verletzung. Bei kurzen Diastasen, die ohne Naht geheilt waren, hat L. nie ein Wackelgelenk beobachtet.

Doberauer (Prag) näht prinzipiell, abgesehen von allgemeinen Kontraindikationen; bei allen genähten Patellarfrakturen wird knöcherne Heilung erzielt; bei nicht genähten tritt immer Diastase ein, selbst bei erst guter Adaptierung. Dabei kann die Funktion recht gut sein. Die Knochennaht hat somit nur den Schutz des Gelenkes infolge der knöchernen Vereinigung vor der fibrösen voraus, und darf die Naht somit nur bei absoluter Ungefährlichkeit der Operation ausgeführt werden.

Neumann (Friedrichshain) schildert seine Technik, die in Längsschnitt, ohne Glättung der Bruchstücke, um die Verzahnung zu erhalten, Legung der Silberdrähte durch die Bruchfläche, Naht des Bandapparates besteht; keine Spülung, keine Drainage. Die größte Schwierigkeit biete das Durchführen der Silberdrähte; er helfe sich durch Einlegen silberner Gleitröhrchen. **Christel** (Metz).

---

59) **Hackenbruch** (Wiesbaden). Zur Behandlung der spinalen Kinderlähmung durch Nervenpfropfung.

Vortr. demonstriert ein 13jähriges Mädchen, bei welchem eine totale Lähmung beider Musc. peronei und des Extensor digit. commun. long. et brevis durch Pfropfung eines vom Nerv. tibialis abgespaltenen Lappens in den geschlitzten Nerv. peroneus vollständig beseitigt wurde. Pat. gebraucht jetzt die betreffende untere Extremität in völlig normaler Weise und kann mehrere Stunden lang gehen, ohne besonders zu ermüden. Die elektrische Prüfung der befallenen Muskeln vor und nach der Operation, sowie das Heilresultat selbst wurde durch den Neurologen Dr. Hezel (Wiesbaden) kontrolliert. (Ausführliche Mitteilungen werden in der Deutschen med. Wochenschrift 1905 Nr. 25 erscheinen.) (Selbstbericht.)

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 27. Sonnabend, den 8. Juli. 1905.

Medizinischer Anzeiger.


Dung's China-Calisaya-Elixir,
ein bewährtes und allgem. beliebtes
STÄRKUNGSMITTEL
in wohlschmeckender Form gegen VERDAUUNGS-STÖRUNGEN ALLER ART u. SCHWÄCHEZUSTÄNDE
DUNG'S aromatisches RHABARBER-ELIXIR
(Elixir Rhei aromatic. Dung),
ein angenehm schmeckendes mildes
Abführ- und Magenmittel
5 Teile Elixir enthalten 1 Teil Rhabarberwurzel
Verordnen Sie stets Original Dung's.
Muster und Literatur gratis.
Fabrikation von Dung's China-Calisaya-Elixir.
Inhaber: Albert C. Dung, Freiburg i. B.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE



herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 52. **Sonnabend, den 30. Dezember.** **1905.**

Medizinischer Anzeiger.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

